



Facultad de Derecho

**Maestría de Investigación en Derecho con mención en Derechos Humanos,
Constitucional y Ambiental**

Del derecho al alivio del dolor, al derecho a decidir el momento de morir

**Tesis para la obtención del Título de Magíster en Investigación en Derecho con mención
en Derechos Humanos, Constitucional y Ambiental**

Presentada por:

Esteban Javier Morán Gortaire

Tutora:

Ph.D María José Luna

Quito, marzo de 2023

RESUMEN

Palabras Clave: Dolor, alivio del dolor, eutanasia, suicidio asistido.

El estudio que se presenta a continuación, es una descripción que devela el camino que ha recorrido y que recorre la lucha del ser humano en contra del dolor, llegando al punto de estar dispuesto a ocasionarse la muerte con tal de evitar el sufrimiento. Esto, conducido al campo del Derecho y la legislación, que enfrenta al mundo, a la capacidad de elegir el momento de morir.

Este estudio inicia con la conceptualización del dolor, desde distintos matices y diferentes perspectivas: filosóficas, semánticas, culturales y científicas. Continúa la disertación estableciendo la relación entre el ser humano y el sufrimiento; en este aspecto, se abordan factores éticos que conducen a entender el trasfondo de esta brega. Se analiza la historia entre la humanidad y la aflicción; la manera como se ha implementado, a partir del siglo pasado, el derecho al alivio del dolor, que tiene su raíz en el derecho a la salud y, la manera en la que algunas naciones lo han incorporado a su legislación, al permitir, y, en ciertas ocasiones, promover, incluso ocasionar la muerte del doliente por evitarle un sufrimiento o un gasto al Estado.

Se ha separado el alivio del dolor de su raíz: el derecho a la salud. Seguidamente, a través de un relato de la posición que han adoptado algunos Estados respecto a la eutanasia y al suicidio asistido, se hace hincapié en la primera legislación europea que permitió la eutanasia, la de Países Bajos; y en la más reciente, la española, que lo considera como un ejercicio de igualdad, y de flexibilización. La humanidad se aproxima a la fundación de un nuevo derecho: a decidir el momento de morir.

DECLARACIÓN DE ACEPTACIÓN DE NORMA ÉTICA Y DERECHOS

El presente documento se ciñe a las normas éticas y reglamentarias de la Universidad Hemisferios. Así, declaro que lo contenido en este ha sido redactado con entera sujeción al respeto de los derechos de autor, citando adecuadamente las fuentes. Por tal motivo, autorizo a la Biblioteca a que haga pública su disponibilidad para lectura dentro de la institución, a la vez que autorizo el uso comercial de mi obra a la Universidad Hemisferios, siempre y cuando se me reconozca el cuarenta por ciento (40%) de los beneficios económicos resultantes de esta explotación.

Además, me comprometo a hacer constar, por todos los medios de publicación, difusión y distribución, que mi obra fue producida en el ámbito académico de la Universidad Hemisferios.

De comprobarse que no cumplí con las estipulaciones éticas, incurriendo en caso de plagio, me someto a las determinaciones que la propia Universidad plantee.

Esteban Javier Morán Gortaire

1712704616

DEDICATORIA

A Dios, mi padre, a quien pertenece toda la gloria. A mi madre del cielo, que me acompaña e inspira cada momento de mi vida.

A mi familia: de la que agradecidamente provengo, de la que viene todo lo mío, con la que he compartido -con muy feliz convivencia- todas las etapas de mi vida y la que me ilumina hoy, y me hace soñar con un futuro mejor para la humanidad; en especial a mis abuelos y abuelas, valientes y ejemplares aceptantes del dolor y de la esperanza.

Además, a cada una de las personas que me motivaron a culminar este trabajo.

ÍNDICE

Introducción.....	8
Diseño Metodológico.....	10
Marco Teórico.....	13
1. El Dolor.....	13
1.1.Significado del dolor.....	13
1.2.Percepción del dolor.....	16
1.3.Perspectivas sobre el dolor.....	18
1.4.La muerte.....	24
2. El derecho al alivio del dolor.....	28
2.1.Historia del alivio del dolor.....	28
2.2.Principios éticos del alivio del dolor.....	31
2.3.El derecho a la salud y al alivio al dolor.....	34
3. La muerte como alivio del dolor.....	41
3.1.La eutanasia y el suicidio asistido.....	42
3.2.Primeras legislaciones en el mundo sobre la eutanasia y suicidio asistido.....	44
3.3.Posición de otros países sobre la eutanasia y el suicidio asistido.....	51
3.4.La más reciente ley europea sobre eutanasia y suicidio asistido.....	55
Conclusiones.....	60
Bibliografía.....	64

Del derecho al alivio del dolor, al derecho a decidir el momento de morir

Esteban Javier Morán Gortaire

emoran_77@yahoo.com

Resumen

El estudio que se presenta a continuación, es una descripción que devela el camino que ha recorrido y que recorre la lucha del ser humano en contra del dolor, llegando al punto de estar dispuesto a ocasionarse la muerte con tal de evitar el sufrimiento. Esto, conducido al campo del Derecho y la legislación, que enfrenta al mundo, a la capacidad de elegir el momento de morir.

Este estudio inicia con la conceptualización del dolor, desde distintos matices y diferentes perspectivas: filosóficas, semánticas, culturales y científicas. Continúa la disertación estableciendo la relación entre el ser humano y el sufrimiento; en este aspecto, se abordan factores éticos que conducen a entender el trasfondo de esta brega. Se analiza la historia entre la humanidad y la aflicción; la manera como se ha implementado, a partir del siglo pasado, el derecho al alivio del dolor, que tiene su raíz en el derecho a la salud y, la manera en la que algunas naciones lo han incorporado a su legislación, al permitir, y, en ciertas ocasiones, promover, incluso ocasionar la muerte del doliente por evitarle un sufrimiento o un gasto al Estado.

Se ha separado el alivio del dolor de su raíz: el derecho a la salud. Seguidamente, a través de un relato de la posición que han adoptado algunos Estados respecto a la eutanasia y al suicidio asistido, se hace hincapié en la primera legislación europea que permitió la eutanasia, la de Países Bajos; y en la más reciente, la española, que lo considera como un ejercicio de igualdad, y de flexibilización. La humanidad se aproxima a la fundación de un nuevo derecho: a decidir el momento de morir.

Palabras Clave: Dolor, alivio del dolor, eutanasia, suicidio asistido.

Abstract

The study that is presented below is a description that reveals the path that the human has traveled and travels through the struggle of the human being against pain, reaching the point of being willing to cause death in order to avoid suffering. This, led to the field of Law and legislation, which faces the world, to the ability to choose the moment of death.

This study begins with the conceptualization of pain, from different nuances and different perspectives: philosophical, semantic, cultural, and scientific. The dissertation continues by establishing the relationship between the human being and suffering; In this regard, ethical factors are addressed that lead to understanding the background of this struggle. The history between humanity and affliction is analyzed; the way in which the right to pain relief, which has its roots in the right to health, has been implemented since the last century, and the way in which some nations have incorporated it into their legislation, by allowing, and, on certain occasions, promote, even cause the death of the mourner to avoid suffering or expense to the State.

Pain relief has been separated from its root: the right to health. Next through an account of the position that some States have adopted regarding euthanasia and assisted suicide, emphasis is placed on the first European legislation that allowed euthanasia, that of the Netherlands; and in the most recent, the Spanish one, which considers it an exercise in equality and flexibility. Humanity is approaching the foundation of a new right: to decide when to die.

Key words: Pain, pain relief, euthanasia, assisted suicide.

INTRODUCCIÓN

Esta investigación no tiene un matiz ético, ni tampoco pretende determinar la conveniencia, o no, del hecho de evitar el sufrimiento a cualquier precio, incluso, si eso significa terminar con la vida de los seres humanos. No es un llamado moral, simplemente, se refiere a un punto concreto que empieza a develarse en el mundo, penosamente, con desvíos de inimaginables consecuencias.

La tesis parte de la idea del dolor que es, de alguna forma, el tema central de la investigación. El dolor desde su definición, desde su significado trascendente, que se va degradando en el tiempo, frente a la mirada del mundo. Se tornan hoy más pertinentes las palabras de Víctor Emil Frankl, parafraseando a Nietzsche: “yo me atrevería a decir que no hay nada en el mundo capaz de ayudarnos a sobrevivir, aún en las peores condiciones, como el hecho de saber que la vida tiene un sentido. Hay mucha sabiduría en Nietzsche cuando dice: "Quien tiene un porqué para vivir puede soportar casi cualquier cómo." (Frankl, 1991, pág. 106)

Se abordará el derecho a la salud, desde las perspectivas que tiene, la derivación de éste hacia el uso de medios posibles para calmar el dolor devenido de un estado de salud o de una enfermedad.

En algunos espacios de opinión académica, sobre todo, en la comunidad de profesionales de la salud, se ha empezado a promulgar, como una verdad innegable, la existencia de un derecho a que el dolor sea aliviado; esto es, en parte, acertado, pero siempre que provenga del derecho humano a la salud, aquí se torna suspicaz mirar cómo, en la práctica, cuando una persona llega a padecer un sufrimiento, que se pueda considerar “extremo”, algunas legislaciones del mundo aplican el derecho al alivio del dolor, pero separándolo del derecho a la salud, al provocar la muerte del paciente.

El derecho a la salud es un derecho humano, proclamado como tal, en el artículo 25 de la Declaración de los Derechos Humanos, reafirmado en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que dispone a los Estados Partes reconocer, a toda persona, el disfrute más alto del nivel de salud física y mental. En estos dos precedentes del derecho internacional, reconocemos cómo se desprende el alivio del dolor del derecho humano a la salud; pero, sin duda, existe una discrepancia de este, pues, otro factor inherente al

derecho a la salud es el derecho a la vida, así lo resalta el artículo 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el propio artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, cuando se refiere a la reducción de la mortalidad como una de las metas de los Estados

Es el derecho humano a la salud, proclamado como tal, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, de donde se desprende la potestad del ser humano para que su dolor sea aliviado.

Resulta que, al amparo de esta proclamación, se impulsa la eliminación de una vida, so justificación del alivio del dolor; acción extrema que, en vez de fortificar el derecho a la salud, actúa como su antípoda al ocasionar la terminación de la existencia.

La descripción de este punto de inflexión es uno de los temas principales de la investigación; pretende ser su parte medular, porque expresa una diferente percepción que la humanidad tiene sobre el dolor que, anula todo sentido trascendental, y le otorga la facultad legal al paciente de evitar, ¡a toda costa! un sufrimiento que le resulte “insoportable”.

Se describirá, a continuación, la medida en que esta inflexión ha servido como base para generar legislaciones en algunos países, estados y naciones en el mundo. Se relatará cómo Países Bajos expidió una ley denominada: “Comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio y modificación del Código Penal y de la Ley reguladora de los funerales” que consiente la eutanasia y también el suicidio asistido, todo esto, por medio de un proceso que tomó algunas décadas, a través de algunos casos judiciales relativos a la salud.

Este modelo legal de Países Bajos se pretende mostrarlo como dinámico, moldeable, abierto al cambio; en realidad, lo que va haciendo, con el paso del tiempo y la presentación de nuevos casos, es ampliar la posibilidad para que más personas decidan en qué punto ponen fin a su existencia.

Se revisará también cómo, previamente, el estado de Oregón en Estados Unidos de Norteamérica, ya accedió y normó la práctica del suicidio asistido. Suiza lo permite sin legislación, desde la década de los 40 y hoy, ha llegado a regularizar la práctica, de tal modo,

que se presenta como una opción para que gente de otros países acuda a poner fin a sus insufribles padecimientos.

En esta normativa dinámica, adoptada por algunos países que permite aliviar el dolor a través de la muerte, se ha realizado un ejercicio de “igualdad” para incluir a otros pacientes dentro de la posibilidad de morir para calmar el sufrimiento. Se analizará la inclusión a niños y adolescentes; para luego, expandirse hasta practicar la eutanasia o el suicidio asistido, a personas que padecen enfermedades mentales que les ocasionan -desde la visión del médico tratante-, un sufrimiento intolerable.

Finalmente, arribará la tesis a las conclusiones en las que se formulará el posible destino que tomaría esta dinámica al incitar la muerte ante el dolor.

La hipótesis que se plantea es el riesgo de instituir, de manera legal, la “sociedad del descarte”, donde cualquier persona no solo tome la decisión, por sí y ante sí, el momento preciso de acabar con su vida, sino, además, determinar la muerte de un congénere que padezca limitaciones físicas o mentales; en definitiva, una sociedad donde los seres humanos se conviertan en jueces inapelables y omnímodos, al amparo de leyes de insólito que asesinan el cardinal derecho a vivir.

DISEÑO METODOLÓGICO

Objetivos

General:

- Describir si la interpretación del derecho al alivio del dolor y la forma en la que, en distintas legislaciones del mundo, se lo implementa y plantea, arrastra a la humanidad al “inminente” derecho a decidir el momento de la muerte.

Específicos

- Conocer la historia, el sentido y la existencia, o no, del derecho humano a no sentir dolor.
- Identificar las formas en que el derecho a no sentir dolor se está implementando en las legislaciones de algunos países a través de la eutanasia y el derecho al suicidio asistido.
- Describir cómo esta dinámica confluye en la facultad a elegir el momento de morir.

Tipo de investigación

Descriptiva.

Pregunta de Investigación

¿En qué magnitud se ha desprendido el derecho a no sentir dolor del derecho a la salud, y este, a su vez, se transforma en el derecho a decidir el momento de morir?

Hipótesis y variables

A medida que se ha aplicado, en distintas naciones, el derecho a no sentir dolor a través de un marco legal que permite la eutanasia y el suicidio asistido, se precipita la facultad a decidir el momento de morir, incluso en menores de edad y sin la necesidad de la autorización de sus padres.

Variable dependiente

El derecho al alivio del dolor.

Variable independiente

La legislación derivada del derecho a no sentir dolor.

Método

Cualitativo

Herramientas

Análisis documental, conferencias.

MARCO TEÓRICO

1. El dolor

1.1. Significado del dolor

Para otorgar una mirada al asunto planteado en esta investigación, es ineludible abordar, primero, el concepto de dolor, precisar su definición; aparentemente, un paso elemental, pero necesario, para adentrarnos luego en cuestiones más complejas que concurrirán a esta susceptible temática.

“La definición de cualquier concepto que tenga relevancia con el bienestar humano y que pueda tener profundas consecuencias legales y sociales deberá de ser analizada no solo exclusivamente en su sentido etimológico, sino también desde el punto de vista de aquellos otros elementos que tengan trascendencia social, filosófica y humanística”. (Ibarra, 2006, págs. 65-72)

Abarcaremos la complejidad de la percepción del dolor, ejercicio indispensable para alumbrar el campo a tratarse, tanto en su parte jurídica, como los efectos sociológicos y antropológicos. Se profundizará en las dimensiones del dolor, lo que permitirá dar un trazo con diversos matices, que fundamenten las perspectivas de este planteamiento.

Al iniciar el recorrido por el significado de dolor, se ha preferido la descripción de un afamado escritor, antes que la de un especialista de la salud, pues, como lo veremos más adelante, existe analogía entre ambos criterios, sin embargo, opto por la luminaria del literato.

El admirado escritor y filósofo C.S. Lewis, autor de varias obras, entre ellas “Narnia”, advierte que la palabra dolor abarca siempre dos sentidos: por un lado, un tipo especial de sensación, transmitida por fibras nerviosas especializadas e identificadas por el paciente como ese tipo de sensación, ya sea que ésta -le moleste, o no- “aquel tenue dolor en mis piernas será identificado como un dolor, incluso si no lo objetara”. (LEWIS, 2016, pág. 37) Por otro lado, hace referencia a cualquier experiencia, ya sea física o mental, que desagrada al paciente.

Lewis señala que los dolores descritos, tanto en el primer sentido como en el segundo sentido, se vuelven tales, si sobrepasan un cierto nivel de intensidad baja, pero que, los dolores en el segundo sentido, no necesariamente son dolores del primer sentido. De hecho, define el dolor en el segundo, como sinónimo de sufrimiento, angustia, tribulación, adversidad o dificultad y, es de esto -sostiene Lewis-, de donde proviene el problema del dolor. (LEWIS, 2016, pág. 37)

En conceptos más elementales del dolor, con frecuencia, encontraremos la dicotomía descrita por Lewis, que segrega el dolor del sufrimiento; en otros casos, se gradúa el dolor en dos niveles, ejercicio que, en el fondo, se asemeja a la reflexión de Lewis. Una vez advertida la conceptualización filosófica del dolor, realizada por un letrado, es preciso, entonces, traer a colación las consideraciones publicadas por un médico especialista en dolor.

Eduardo Ibarra afirma que la definición de dolor, más ampliamente aceptada, es la provista por la IASP (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor, siglas en inglés), la cual, afirma Ibarra, “aunque se reconoce correcta y apropiada, contempla solamente sus aspectos sintomatológicos: Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial o descrita en términos de la misma” (Ibarra, 2006).

Ibarra, propone, más bien, modificar la definición de dolor conforme el siguiente texto: “Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial o descrita en términos de la misma, y si persiste, sin remedio disponible para alterar su causa o manifestaciones, una enfermedad por sí misma” (Ibarra, 2006).

Nótese que Ibarra, desde su punto de vista médico, también define el dolor desde dos perspectivas: la una se refiere a una experiencia desagradable asociada con una lesión, pero, en cuanto esta se torna persistente y sin remedio para alterar su causa, propone considerarlo una enfermedad en sí misma.

Además, ahonda en su criterio y cita a David Niv, quien manifiesta:

“El dolor crónico no deberá de ser considerado como un simple síntoma, como es el caso cuando se habla de dolor agudo, debido a que en contraste con este último, el dolor crónico se debe a mecanismos fisiológicos diferentes, crea las bases para que aparezca un conjunto complejo de cambios fisiológicos y

psicológicos los cuales son una parte integral del problema y que potencian grandemente el sufrimiento del paciente con dolor” (Ibarra, 2006).

Desde la descripción del escritor, en cuanto al concepto médico-científico, se otorga niveles al dolor, en concreto se señalan dos: el primer nivel, que habla de un dolor llevadero o, que, a pesar de su agudeza, tiene solución; y, por otro lado, él habla de un dolor que, por su naturaleza, pasa a ser sufrimiento (dato análogo en el análisis médico, citado en donde se lo clasifica de enfermedad “per se”).

En aras a una mejor comprensión de la definición de dolor, demos una mirada al análisis de María Luisa Pro Velasco, quien le otorga una visión filosófica a la palabra; se refiere a lo sostenido por Robert Spaemann: “El hombre no puede querer eliminar en absoluto el dolor como función importante para la vida”; para el efecto, utiliza el siguiente ejemplo referido por el filósofo:

“A nadie se le ocurriría tomar un medicamento que hiciera desaparecer para siempre su capacidad de sentir dolor, pues después de tomarlo nadie podría sobrevivir mucho tiempo. El fin de la vida no parece ser, como creía Epicuro, verse libre de dolor, sino aquel estado en que la señal dolorosa no sea necesaria: la salud” (Pro Velasco, 2020, págs. 377-386).

La importancia de la aseveración de Spaemann, nos acompañará en el trascurso de este documento, sobre todo, al abordar el derecho a no sentir dolor, que, en algún momento pudo haber perdido su norte, cuando es un sensible componente en el derecho a la salud.

Aquí, observamos una diferente perspectiva del dolor dentro de la dicotomía en los dos conceptos anteriores; al primer escenario del dolor, no obstante, se acerca al segundo descrito por Lewis y afirma que: “El dolor deviene en sufrimiento cuando se hace autónomo, cuando manifiesta un debilitamiento de la vida contra el cual soy impotente; o bien cuando alcanza una intensidad que ya no tiene proporción alguna con su función de alarma” (Pro Velasco, 2020,

págs. 377-386). De esta forma, con esta afirmación, se dibuja aquel doble contenido del concepto de dolor, un dolor -alarma y un dolor – sufrimiento o enfermedad.

Diferenciamos entre el dolor y el sufrimiento: el primero cumple la función de alarma de un organismo vivo; y; el segundo, la experiencia del sin-sentido, más amplio, profundo y menos localizado que el dolor (Pro Velasco, 2020).

1.2. Percepción del dolor

No se puede afrontar el tema del dolor sin aceptar que, cada persona, tiene una apreciación diferente ante una situación en la que siente dolor. Más allá de lo señalado en los párrafos anteriores en los que separamos el dolor conforme su gravedad, duración o de la expectativa de encontrar un remedio, es evidente que, en la inmensa diversidad humana, uno de los factores principales que nos diferencia es la percepción de los hechos y, por supuesto, la recepción subjetiva del dolor y del sufrimiento, no solo en cuanto su intensidad sino también la medida en la que estamos dispuestos a aceptarlo y, de ser el caso, darle sentido.

Si nos referimos a la definición de dolor otorgada por la IASP citada en líneas anteriores: "experiencia sensorial y emocional desagradable que se asocia a una lesión hística presente o potencial o que es descrita en términos de esta lesión" vemos como se aleja de la antigua conceptualización del dolor como modalidad exclusivamente sensorial y se inclina a señalar la subjetividad o percepción del paciente, asentando la importancia de los factores psicológicos, por encima de los biológicos.

“A partir de los años 80 el dolor en general, y el dolor crónico en particular, se entienden como una experiencia subjetiva, compleja cuyo acercamiento debe realizarse desde una perspectiva integral biopsicosocial, en la que el dolor es considerado resultado de la interacción de elementos biológicos que pueden provocar y mantener distintas dolencias, de factores psicológicos que influirán en la percepción de la experiencia subjetiva interna y de elementos socioambientales moduladores de la percepción de la estimulación nociceptiva y moldeadores de las respuestas del organismo.” (Truyols Taberner, Pérez Pareja, Medinas Amorós, Plamer Pol, & Sesé Abad, 2008).

La comunidad científica, hace más de 40 años, considera al dolor como una sensación subjetiva, dependiente no solamente de factores biológicos, sino, sobre todo, psicológicos y, en algunos casos, hasta sociales. Si el objetivo del análisis que estamos realizando sería ahondar en los temas de la salud, esa consideración resultaría una afirmación sin importante relevancia, pero, en el caso del Derecho, es sustancial para darnos cuenta que, cuando hablamos de dolor, nos estamos refiriendo a un concepto que no se puede apartar de lo subjetivo, y esta realidad marca la ruta del presente trabajo, pues, al conocer que el dolor es percibido de manera subjetiva lo que, para unos puede resultar en una situación manejable, para otros puede presentarse como un sufrimiento irremediable; esto vuelve compleja la legislación que se refiera al dolor o al sufrimiento.

Es muy diferente la situación, por ejemplo, del dolor de quien tiene hambre y sabe que puede saciarla; tan contraria a quien tiene la misma necesidad, pero con la incertidumbre de si logrará satisfacerla. A la vez de marcarse una clara discrepancia ante una misma causa, pero con dos realidades distintas; con este ejemplo se acentúa el contraste de la diferencia entre un dolor con un sufrimiento (Pro Velasco, 2020).

No deja de ser relevante el hecho de que la visión de un futuro negativo, o incierto, agudiza el sufrimiento presente; de hecho, el propio miedo a sufrir, conlleva en sí mismo un sufrimiento.

“En otras palabras, el sufrimiento implica dolor, en principio, físico, pero no sólo, pues es algo que se nos escapa, a lo que no podemos darle un sentido, esto es, el sufrimiento” (Pro Velasco, 2020). En el mismo sentido, en su emblemática obra *“El hombre en busca de sentido”*, en la que narra parte de sus experiencias vividas durante la segunda guerra mundial, en la que estuvo cautivo en un campo de concentración, el psiquiatra austriaco Víctor Emil Frankl, manifiesta que el sufrimiento puede dejar de serlo tan pronto se logre una idea clara y precisa del mismo, es decir, otorgándole sentido.

Existe el dolor que no necesariamente es físico, sino que conlleva una dimensión netamente psicológica, este dolor puede presentarse a través de enfermedades mentales, tales como la depresión. Si bien la depresión ha tenido su auge de diagnóstico y manejo médico –

psicológico, en este siglo, ya estaba presente a mediados del siglo anterior; Lewis lo analiza desde la perspectiva del sufrimiento de quien lo soporta: “En todo el campo de la medicina no existe nada tan terrible de contemplar cómo un hombre padece de melancolía crónica” (Pro Velasco, 2020).

El dolor tiene estrecha relación con la percepción que alguien tenga sobre él, y que, según las circunstancias, éste se constituya, o no, en sufrimiento. Es indiscutiblemente subjetivo y, es ahí, desde donde comienza a tomar sentido el problema que nos planteamos ante la complejidad de implementar legislaciones que se relacionen con ello; de tal manera que el mundo está comprobando que esos marcos legales se ven reformados con cierta frecuencia, tendiendo a flexibilizar la posibilidad de terminar con la vida del sufriente.

Previo a pasar al ámbito más filosófico – jurídico y sobre la base de lo estipulado en líneas anteriores sobre el hecho de que, a medida que una persona encuentra sentido al dolor, la percepción es más llevadera. Para ampliar nuestra exposición acerca del dolor, efectuemos un repaso sobre el significado que se le da al dolor, a partir de diferentes miradas filosóficas o culturales.

1.3. Perspectivas sobre el dolor

Decía C.S. Lewis que las comunidades agrícolas más primitivas, a través de sacrificios animales o humanos, mostraron su firme creencia, que perduró varios siglos, de que “sin derramamiento de sangre no se hace la remisión”; sin embargo, de que, al principio, estos conceptos se relacionaban directamente con las cosechas o con la descendencia, más tarde se los vincularía con la muerte espiritual e incluso con la resurrección. “El Asceta hindú predica la misma lección, mortificando su cuerpo en un lecho de púas: el filósofo griego nos dice que la vida de la sabiduría es un “practicar la muerte”. El pagano sensible y noble hace que sus dioses imaginados mueran a la vida”. Esto lo exponía haciendo referencia al sentido que se le ha encontrado al dolor a través de las distintas filosofías en la historia de la humanidad. De manera similar, la profesora María Pro Velasco, sintetiza la mirada de tendencias filosóficas en torno al dolor o al sufrimiento.

A continuación, realizaré un breve repaso de la posición de corrientes filosóficas, citadas por Pro Velasco, en su documento: “Reflexiones sobre el sentido del dolor, el sufrimiento y la muerte”:

Plantea primeramente la visión del materialismo frente al sufrimiento. Hace notar que dicha corriente filosófica proyecta al sufrimiento “como un hecho natural y, por lo tanto, necesario, ante el que no cabe plantearse si posee un sentido determinado” (Pro Velasco, 2020).

En cuanto a la visión del estoicismo, quizás en algún otro momento de la historia podría haber parecido extrema, pero resulta llamativo como aquella visión toma fuerza en la actualidad, pues afirma que ante un dolor extremo, en cuanto el individuo dejará de ser autónomo, este podría optar por el suicidio.

Si se parte de la idea de que el budismo contiene en sí la máxima aspiración de anular el deseo, se trataría entonces de suprimir el yo, como una fuente de deseos y, de esta manera, cesarían las insatisfacciones y los sufrimientos.

No obstante, el filósofo Robert Spaemann criticaba a estos puntos de vista esgrimidos hasta aquí porque, “más que constituir verdaderas respuestas ante el sentido del dolor o del sufrimiento, son más bien maneras de evitarlo” (Pro Velasco, 2020).

Frente al sufrimiento como un sinsentido al que el ser humano no suele encontrarle explicación, las corrientes filosóficas nos ayudarán a plantearnos preguntas sin definitiva respuesta sobre el sentido del mismo; esas respuestas suelen ser ofrecidas por las religiones (Pro Velasco, 2020). En este punto, volvemos a referirnos a palabras de Lewis: “Todas las religiones fueron predicadas y practicadas un largo tiempo en un mundo en el que no existía el cloroformo” (LEWIS, 2016, pág. 4).

Y es así como, “si bien el cristianismo supone la serenidad y la aceptación ante lo que no podemos cambiar”, y aquella posición se asemeja, en principio, a la estoica, señala un sentido que trasciende lo que a simple vista se percibe. Cristo no evitó el sufrimiento del ser humano, ni se constituyó siquiera en el salvador bélico de su pueblo, al contrario, abrazó la crucifixión, a la sazón, una de las muertes más humillantes y dolorosas; sin embargo, ésta se volvió uno de los principales símbolos del cristianismo. El cristiano no mira el sufrimiento de Cristo en la

cruz, como una heroica muestra de hidalguía, más bien, encuentra en ese sacrificio la mayor prueba de amor de su creador.

En el mismo ámbito de la religión, el escritor británico, C.S. Lewis, estimaba que el cristianismo profesa que, en cierto modo, “la tarea terrible ya ha sido realizada para nosotros”, que nuestro manuscrito solamente necesita ser una copia del original, que solamente exige a sus fieles que se enmiende un rumbo equivocado de su naturaleza. Este afirmaba además: “Dios nos susurra en nuestros placeres, nos habla en nuestra conciencia, pero nos grita en nuestros dolores: es su megáfono para despertar a un mundo sordo” (LEWIS, 2016).

El cristianismo no asume el sufrimiento como un bien en sí mismo, de hecho, el precitado filósofo católico, Robert Spaemann señala que no se trata solamente de aceptar, sino también combatir el sufrimiento, considerando, de hecho, al dolor como un mal, una ausencia de bien; el bien de la salud, cuya falta debe ser evitada a medida de lo posible, enfatiza que los dolores son un mecanismo natural por medio del cual un organismo otorga una señal de alarma ante una amenaza; esa evidente funcionalidad, entre otras cosas, le otorga significado, valor y sentido al dolor, más aún, alega Spaemann, “a la luz de la fe y la Revelación de Cristo” (Pro Velasco, 2020).

En este punto, para seguir abordando las distintas visiones que se le puede otorgar al sufrimiento, es oportuno volver al análisis que el psiquiatra Víctor Frankl hacía, desde su experiencia vivida como prisionero en Dachau:

“Comprendí cómo el hombre, desposeído de todo en este mundo, todavía puede conocer la felicidad -aunque sea sólo momentáneamente- si contempla al ser querido. Cuando el hombre se encuentra en una situación de total desolación, sin poder expresarse por medio de una acción positiva, cuando su único objetivo es limitarse a soportar los sufrimientos correctamente -con dignidad- ese hombre puede, en fin, realizarse en la amorosa contemplación de la imagen del ser querido. Por primera vez en mi vida podía comprender el significado de las palabras: "Los ángeles se pierden en la contemplación perpetua de la gloria infinita" (Frankl, 1991, pág. 46).

Se ha incluido esta cita de Frankl, dado su profundo significado y trascendencia en el capítulo que analizamos las perspectivas del dolor. En su visión médica – psiquiátrica, Frankl asegura que, la sola ilusión de contemplar a un ser amado, puede permitir al ser humano, en las peores condiciones, dar sentido y sobrellevar el dolor.

Para aportar mayores elementos respecto a las múltiples maneras de concebir el sufrimiento, la doctora Pro Velasco, hace referencia a “sufrimientos útiles” que, seguramente, sirven como medio para obtener un fin superior. Para entender aquello, es necesario recurrir a sencillos ejemplos, como el de un deportista que realiza esfuerzos, muchos de ellos, dolorosos, para conseguir mejorar su forma; o la persona que se priva de disfrutar ciertas diversiones para culminar sus estudios; o la familia que aparta ciertos gustos para conseguir, por medio de sus ahorros, cualquier meta material (Pro Velasco, 2020).

Frankl aporta también a esta posición con el siguiente relato:

“Los que estuvimos en campos de concentración recordamos a los hombres que iban de barracón en barracón consolando a los demás, dándoles el último trozo de pan que les quedaba. Puede que fueran pocos en número, pero ofrecían pruebas suficientes de que al hombre se le puede arrebatar todo salvo una cosa: la última de las libertades humanas -la elección de la actitud personal ante un conjunto de circunstancias- para decidir su propio camino” (Frankl, 1991, pág. 71).

Es decir, el ser humano es dueño, hasta el final de su vida, de la actitud que asuma frente a su situación por más dolorosa que sea.

Se sigue observando cómo se le otorga sentido al sufrimiento o al dolor; ante aquello, es sugestivo citar algunas de las consideraciones que hiciera al respecto el filósofo, escritor británico CS Lewis.

Lewis consideraba al dolor como una herramienta para que el ser humano se convierta en una versión de sí mismo. Afirma que, en nuestro transitar, las pequeñas victorias, en cuanto educamos nuestra voluntad, sufrimos una especie de “pequeña muerte”, pero crecemos. Hace referencia a la niñez y a la frustración que en la infancia se vive cuando a nuestros caprichos los

doblegamos. En sus escritos de los años 50s, a pesar de que criticaba los métodos, también resaltaba que la “antigua niñera o padre” consideraban que “el primer paso de la educación es quebrantar la caprichosa voluntad de niño”; en efecto, considera Lewis, que, en nuestras edades adultas, no hagamos escenas de capricho, se debe a aquel triunfo de nuestros educadores al enseñarnos a adiestrar nuestra voluntad.

Toda esta visión de Lewis, se relaciona estrechamente con la forma en la que las personas asumimos el sufrimiento, pues él piensa que esas “pequeñas muertes” o “mortificaciones” son, sin duda, dolores que sufrimos a diario, y pero que nos ayudan a convertirnos en mejores personas: “La historia misma de la palabra “mortificación”, da suficiente testimonio de que este proceso no puede llevarse a cabo sin dolor” (LEWIS, 2016, pág. 38).

También le otorga sentido al dolor a medida que éste nos acerca a los demás, “nos ayuda a empatizar con los otros o, incluso a com-padecernos de ellos, es decir, a acompañarlos en sus sufrimientos, a padecer con ellos” (Pro Velasco, 2020).

Hace más de 60 años, Lewis realizaba una crítica respecto al enfoque que se plasmaba en la humanidad. Comenzaba a vislumbrar una confusión entre la benevolencia y el amor, y entre la felicidad con la comodidad. Tendré presente esta comparación propuesta por Lewis en el resto del presente documento. El escritor reprochaba a la sociedad de esas alturas del siglo pasado, al afirmar que constantemente se definía a la benevolencia como amor y a la comodidad como felicidad (LEWIS, 2016, pág. 15).

Ahondando en esta comparación, el británico consideraba que: “La simple benevolencia tolera cualquier cosa, a excepción del sufrimiento a quien es objeto de su cariño, es lo contrario del amor” (LEWIS, 2016, pág. 18). En cuanto a la tendencia que existía, ya por esos años, en la sociedad y que, en definitiva, se ha acentuado en el mundo actual, de auto complacerse en todo momento, buscar adulos permanentes y huir de los sacrificios, sostenía Lewis que la gente en ese estado no demora en causar daño a alguien, a medida en que el bienestar de su prójimo se ponga en conflicto con su propia comodidad (LEWIS, 2016).

Es evidente que hoy en día la visión de Lewis está aún más latente, en especial, en que realizamos muchos esfuerzos por no sentir dolor de ningún tipo; en consecuencia, no queremos tener cercanía con el sufrimiento y, a menudo, evitamos siquiera tratar el tema de la muerte.

Quizás pensamos que, a medida que alejamos de nuestra vida dichos elementos, nos encontramos más cercanos a la felicidad. “A este respecto, Spaemann criticaba que tratemos de no sufrir a toda costa y de alargar de igual modo la vida de los individuos a cualquier precio, pero que después permitamos los ensañamientos médicos y prácticas como la eutanasia” (Pro Velasco, 2020).

No es el momento de abrir los temas criticados por Spaemann en el párrafo anterior, pero sí sostenernos en este planteamiento: las filosofías profundas, pensadores, religiones y profesionales de la salud, insisten en que el sufrimiento es inevitable y que será llevadero, a medida en que le encontremos un sentido, esto se enfrenta a un mundo en el que pretendemos huir a toda costa del dolor y del sufrimiento. Ante aquello, se planteaba Lewis que “El sufrimiento solo puede tener un sentido si de hecho existe un sentido para todo lo demás” (LEWIS, 2016).

En la profundidad que otorga Frankl al dolor y al sufrimiento, conmueve percatarse de la forma en la que asume el mundo desde la perspectiva de alguien que sufre una vejación terrible, y desde el dolor del encierro ante la imposibilidad de casi todo, percibiría con mayor sensibilidad las cosas de la vida:

“Un pensamiento me petrificó: por primera vez en mi vida comprendí la verdad vertida en las canciones de tantos poetas y proclamada en la sabiduría definitiva de tantos pensadores. La verdad de que el amor es la meta última y más alta a que puede aspirar el hombre. Fue entonces cuando aprehendí el significado del mayor de los secretos que la poesía, el pensamiento y el credo humanos intentan comunicar: la salvación del hombre está en el amor y a través del amor” (Frankl, 1991, pág. 46).

Se ha abordado en forma exhaustiva el dolor, y aún se podría ahondar más. Partimos desde el significado concreto y científico, hasta el significado, cual sentido o dimensión, que se le puede conferir al dolor, pues, reitero, es el punto de partida para esta investigación: el dolor y la forma en que lo asumimos en el mundo actual. Decía Frankl, citando a Bismark: “La vida es como visitar al dentista. Se piensa siempre que lo peor está por venir, cuando en realidad ya

ha pasado" (Frankl, 1991). Acotaba Frankl que muchos de los prisioneros de los campos de concentración, desolados, pensaban que su oportunidad de vivir ya había pasado y no tomaron la dolorosa experiencia, como una oportunidad para obtener una victoria interna.

Hasta aquí se ha profundizado en las visiones que le otorgan sentido al dolor, sin el más mínimo resquicio de intención de perder la objetividad en cuanto a la investigación. No obstante, es evidente que la posición contraria, similar a la estoica, es la obvia, la que predomina en el mundo actualmente; no se pretende juzgarla, pero tampoco abundar en ella, porque es preferible invertir estas líneas haciendo alusión a lo que resulta novedoso en la actualidad: encontrar un sentido al sufrimiento del que, el mundo contemporáneo, huye despavorido.

En los siguientes capítulos, cuando vayamos concretando las ideas en situaciones actuales, seguramente se evidenciará detalladamente esta posición.

Es oportuno, previo a embarcarnos en las otras materias de la tesis, realizar una definición sobre un asunto relacionado con este estudio. Al siguiente tema no se lo abordará de una manera filosófica ni abstracta, más bien, se procurará asignarle una definición más precisa, pero indispensable para validar la investigación.

1.4. La muerte

Sin ser la muerte, como tal, el objeto principal de esta tesis, al tratarse de la forma en que los seres humanos estamos asumiendo e incorporando a la legislación el derecho a no sentir dolor en distintos lugares del mundo, es preciso abordar el tema -tan sensible- de la muerte, definirla, para entonces emprender con las temáticas subsiguientes. Uno de los planteamientos de esta tesis es la discusión respecto a la génesis, en algunas legislaciones, de un nuevo derecho: el derecho a elegir el momento de la muerte; por ello la necesidad previa de definirla y entenderla como parte de nuestro ciclo biológico, de nuestra vida.

En la cotidianidad, tal como al dolor o al sufrimiento, frecuentemente apartamos o pretendemos apartar- a la muerte de nuestras vidas, sin comprender que es parte de nuestra naturaleza. Cada vez intentamos alejar la existencia de la muerte de nuestras interacciones sociales, aprendemos a vivir soslayando que, final e inminentemente, moriremos, que la muerte es un paso más en nuestra vida (Pro Velasco, 2020).

El ser humano es el único en el reino animal que está consciente de la existencia de la muerte, y el único que, de algún modo, sabe “que todos necesariamente tenemos que morir, afrontar la muerte del “otro” y asumir la ineludible muerte propia”. Esto implica que, más allá de que sea un ámbito médico el que determina la muerte, esto es mucho más complejo que un planteamiento exclusivamente científico o clínico asistencial (Trueba, 2007).

Es explicable que nos estremezca la sola idea de la muerte de las personas que nos rodean, en especial, las que amamos y nos aman. Si miramos al pasado, en sociedades o civilizaciones antiguas, la muerte era más aceptada, estaba más cercana; “incluso, existía todo un ritual alrededor de ella que ayudaba a las personas a aceptar este hecho natural, pero que es fuente de sufrimiento para cada una de las personas” (Pro Velasco, 2020).

Previo a definir a la muerte, para concedernos un parangón de la trascendencia de los temas que estamos abordando, considero interesante reflexionar sobre el término “inhumación”, que es la forma utilizada para describir a un cuerpo que ha extraviado su naturaleza humana, cuya existencia ha perdido la trascendencia inmaterial, es decir, se convierte en cadáver.

Cabe resaltar que, si bien se delinea el fin de la existencia de un ser humano, este no pierde su dignidad; de hecho, es tal la dignidad que merece, que ha permitido que en las sociedades del mundo generen normativas para el tratamiento de los cuerpos sin vida. No obstante, un cuerpo sin vida deja de ser tratado como un ser humano y, de allí, el término inhumación. En algunas culturas se lo relaciona con enterrarlo, en otras con simplemente darle un tratamiento de cadáver; lo cierto es que aquella descripción guarda estrecha relación con la muerte, el siguiente paso, luego de declarar que un individuo ha muerto, es la inhumación.

Sorprende el hecho de que, hasta finales del siglo XVIII y principios del XIX, la figura del médico estaba ausente de los ritos de muerte en las sociedades del mundo occidental. En pocas palabras, el médico cumplía su función, únicamente, en los casos en los que “había algo que hacer”; una vez que se procedía al desahucio, el paciente quedaba al cuidado de familiares y de los miembros sociales y religiosos encargados de “enterrar a los muertos” (Trueba, 2007). Desde mediados del siglo pasado, “la gestión de la muerte humana pasó de ser un patrimonio de la religión y la filosofía a ser un problema de “diagnóstico clínico” (Trueba, 2007).

La última palabra del final de la vida es la muerte. Los médicos del mundo lidian diariamente con el problema de la terminación de la existencia de las personas; ellos tienen el poder de declarar la conclusión de la vida de una persona concreta, el colofón del proyecto vital de una persona y “es aquí donde la palabra “muerte” adquiere su mayor trascendencia y complejidad (Trueba, 2007).

“Aunque los elefantes parecen mostrar cierta consideración por los huesos de sus congéneres y algunos chimpancés arrastran los cadáveres de sus crías como pretendiendo negar lo evidente, quizás, lo notable en nuestro caso es que nuestra conciencia nos obliga a reflexionar sobre ello, como algo absolutamente fundamental. Así caracteriza Unamuno al ser humano como el animal que almacena muertos” (Martínez Llorca, 2011, pág. 1).

Un elemento importante: distinguir a la muerte, el fin de la existencia del ser humano, de la muerte clínica, que es la pérdida irreversible de las funciones y las estructuras constitutivas del organismo de un viviente humano concreto es muy importante (Trueba, 2007).

Para ilustrar sobre esta diferencia, el doctor Juan Luis Trueba Gutiérrez indica:

“La muerte como estado es el opuesto a la vida; la muerte como evento es el fin de la vida, opuesto al nacimiento. El evento de la muerte es la culminación de la vida en un organismo vivo, mientras que el estado es lo que sucede a dicho evento. Dicho en términos médicos: el evento equivale al juicio diagnóstico de muerte clínica; el estado al pronóstico que se deriva del diagnóstico; el estar muerto sin posibilidad de retorno a la vida, y en una situación que ha de conducir necesariamente a la desestructuración orgánica total del cuerpo: la putrefacción del cadáver en un tiempo inmediato. La “muerte clínica” al reconocer un “nuevo estado”, compromete la dimensión ontológica del sujeto objeto de estudio; es un hecho real muy trascendente, ya que abre la posibilidad de actuaciones culminantes como pueden ser: la firma de un parte de defunción, la retirada de la respiración asistida, o la solicitud de donación de órganos a la familia del fallecido” (Trueba, 2007).

Respecto a la diferencia entre el concepto de muerte como estado y muerte como evento o muerte clínica, encontramos un interesante matiz que nos ayuda a comprender que la muerte clínica es declarada cuando se da un conjunto de condiciones biológicas que determinan este

evento; por ello, se acude a un profesional de la salud para establecer que aquella persona no tiene posibilidad de retornar a la vida.

Con este concepto, tan clara y sencillamente explicado, como en las líneas que anteceden, concluye este capítulo, en el que se ha dado un espacio para entender más a la muerte como parte fundamental de la existencia.

2. El derecho al alivio del dolor

2.1. Historia del alivio del dolor

A pesar de otorgarle un profundo sentido al dolor, el ser humano busca evitarlo a toda costa. Para constancia de aquello, demos una mirada a la historia, cuando el objeto de este trabajo se relaciona con la forma en la que las sociedades, a través de la aplicación de sus derechos, implementan acciones para mitigar el dolor.

Tan antiguo como la humanidad es el dolor. Célebres textos lo abordan, como el Génesis de la Biblia, cuando Dios advierte a Eva en la forma en la que dará a luz a sus hijos, o en la Odisea de Homero, cuando hacía referencia de una medicina que, acompañada con vino, hacía olvidar las penas y el dolor. Es curioso, pero en el texto bíblico, el dolor no se asocia con la enfermedad sino con el sublime acto por el que se traerá a la vida a otro ser humano.

Varias creencias se generaban a partir del dolor. El ser humano primitivo consideraba que el dolor se encontraba en el cuerpo, pero que era causado por demonios o por espíritus de personas fallecidas que penetraban en su organismo por medio de orificios. Se conoce que, hace más de 9.000 años, ya se combatía el dolor, a través del contacto con ciertas plantas o superficies frías o calientes; también se conoce que untaban la parte afectada del cuerpo con sangre de animales. Practicaban también ritos, procurando establecer contacto con los Dioses (Pérez Cajaraville, Abejón, Ortíz , & Pérez, 2005).

En el año 4.000 antes de Cristo, los sumerios, utilizaban la denominada “planta de la alegría”; esta, sin duda, es la primera referencia histórica que tiene la humanidad sobre el uso del opio. En Mesopotamia, con el fin de sosegar el dolor, realizaban oraciones dirigidas a los dioses, también utilizaron hojas de mirto, planta conocida hoy en día por sus propiedades analgésicas; los asirios realizaban intervenciones quirúrgicas menores, sometiendo a los pacientes a un estado inconsciente, para evitarles el dolor. 1550 años antes de Cristo, en el Papiro de Ebers, se relata detalladamente el uso del opio como medicina para el dolor de cabeza. En el antiguo Egipto, se descubrió el uso de narcóticos provenientes de vegetales como la adormidera, la mandrágora y el cannabis (Pérez Cajaraville, Abejón, Ortíz , & Pérez, 2005).

En la América pre hispánica se conoció, en los años 400-700 a.C., que la hoja de coca poseía propiedades analgésicas y curativas. Los incas pensaban que aquella hoja había sido un regalo de Manco Cápac, hijo del dios del Sol, para que el ser humano tenga una herramienta para combatir el sufrimiento. Este regalo producía “satisfacción al hambriento, vigor al cansado y olvido de las miserias al desdichado” (Pérez Cajaraville, Abejón, Ortíz , & Pérez, 2005).

Entre otras culturas americanas, prehispánicas también, se ha registrado la lucha contra el dolor y la enfermedad que, en muchos de los casos, los consideraban provenientes de espíritus malignos: los pampas, los matacos, los guaraníes, los araucanos, todos, tenían prácticas y tradiciones para intentar curar estos males, que iban desde elegir y preparar a quienes tenían cualidades para curanderos, hasta conocer las sustancias vegetales que calmaban estos males (Pérez Cajaraville, Abejón, Ortíz , & Pérez, 2005).

Los mayas asumían al dolor como un aliado de la muerte y ayudaban a las mujeres en el parto a sobrellevar el dolor a través del estramonio, que contiene alcaloides similares a la escopolamina (Pérez Cajaraville, Abejón, Ortíz , & Pérez, 2005).

En el Asia antigua, los hindúes y los budistas son los primeros en otorgar un componente psicológico en el dolor. 2.800 años antes de Cristo se comienza a tratar, en China, el dolor a través de sustancias obtenidas de productos vegetales, en dicha cultura se consideraba que el dolor era producto de un desequilibrio del Yin y el Yan y que el dolor se acentuaba en el corazón. En el 2.600 a.C., el médico Huang Ti, combatía el dolor a través del suministro de hachís y de la técnica de la acupuntura. La influencia de la medicina China se extendió en todo el oriente asiático, y llegó a Europa en el siglo XIII. En Persia, en el siglo XI surge la figura de Avicenna, médico, quien escribe “El Canon de la Medicina”, libro utilizado a lo largo de 600 años, influenciando a varias universidades europeas. Avicenna se dio el trabajo de describir los tipos de dolores e inflamaciones e impulsa el uso del opio para combatirlos; curiosamente, muere por el exceso en el uso de esta sustancia (Pérez Cajaraville, Abejón, Ortíz , & Pérez, 2005).

En la antigua Grecia existía una curiosa relación entre lo espiritual y el dolor: las personas que padecían de dolores agudos, acudían al templo del dios Esculapio, en donde eran tratados por los sacerdotes con vendajes y plantas. En el transcurso de su historia, los filósofos discutían el origen del dolor; Aristóteles, por ejemplo, consideraba que el dolor viajaba a través

de la piel, por la sangre hasta el corazón, Hipócrates lo planteaba como un desequilibrio que yacía en el corazón. Llegaron a combatir el dolor mediante sustancias analgésicas y, también, a través del pensamiento de Hipócrates, implementaron ciertas normas pertinentes para los cirujanos de su tiempo y, en general, para todo tratamiento del dolor. En el año 50, después de Cristo, Dioscórides, médico griego, utiliza por primera vez la palabra “anaisqhsia” (anaiszesía), que se refería al uso de la mandrágora, hervida en vino, para los procedimientos quirúrgicos, o para tratar los dolores en general (Pérez Cajaraville, Abejón, Ortíz , & Pérez, 2005).

Cerca del año 200 de nuestra era, aparece la figura de Galeno quien aporta la relación entre el dolor y el sistema nervioso; utilizaba hojas de plantas para tratar los dolores y, con él, aparecen las primeras farmacias. En la edad media y en el renacimiento, van surgiendo médicos y curanderos que, por medio de diferentes prácticas, procuraban aliviar o sobrellevar el dolor; poco a poco, la civilización descubría y daba uso a distintas sustancias que se acercaban a las medicinas que actualmente existen. Dentro de los intelectuales que aportaron a los estudios relacionados con el dolor, se encuentra Leonardo da Vinci, que realizó una magistral explicación de las terminaciones nerviosas (Pérez Cajaraville, Abejón, Ortíz , & Pérez, 2005).

Previo al siglo XIII, como hemos revisado, se recorrió un certero camino, llegando al manejo de componentes y técnicas para el tratamiento del dolor, que desemboca en la época con la que inicia el auge farmacológico para el tratamiento del dolor. Se marca el comienzo de las investigaciones en el campo de la utilización de elementos provenientes de la naturaleza para el alivio del dolor (Pérez Cajaraville, Abejón, Ortíz , & Pérez, 2005).

En el siglo XIX, Serturmer, farmacéutico alemán, mezcló el opio con amoníaco y consiguió una mezcla cuyo efecto ocasionaba un profundo sueño en animales; con resultado efectivo, se auto suministró, por motivo de una dolencia dental; la denominó morfium (1804), en honor al dios del sueño Morfeo, que pasaría luego a denominarse morfina. En el mismo siglo, llegaron los descubrimientos del cloroformo y del éter, con cuyos efectos se afirmó por primera vez que con una sustancia, sin necesidad de matar al paciente, se había logrado eliminar un dolor; también se registra a mediados del siglo XIX, en los Estados Unidos, el descubrimiento de la anestesia, por la que la cirugía dejaría de ser un sinónimo de agonía, tal como lo reza el epitafio de la lápida de William Thomas Green Morton, científico reconocido –luego de su muerte- como el descubridor de la anestesia (Pérez Cajaraville, Abejón, Ortíz , & Pérez, 2005).

Para el siglo XX ya se había desarrollado -como una especialidad médica- la anestesiología, tal como la conocemos hoy, que suministra dosis de medicamentos y sustancias, que sirven para aliviar el dolor, de modo temporal, aplicada en forma general o local. La lucha contra el dolor, que se inició en los albores de la humanidad, sigue en pie, hoy, en el siglo XXI, pero va más allá de las soluciones farmacéuticas que se han encontrado con el tiempo; el ser humano ha evolucionado en su relación con la salud, siendo así que, a mediados del siglo pasado, se comenzó a reconocer a la salud ya no solo como un beneficio sino como un derecho.

Es, precisamente, en su lucha histórica contra el dolor y la enfermedad, en donde se afianza el derecho a la salud; seguramente, estos avances y estas luchas, sirvieron como base para su inclusión en la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Se verá cómo, inclusive, existen llamados a transformar al alivio del dolor como un derecho por sí mismo, sin necesidad de relacionarlo con el derecho a la salud. Muy probablemente estaremos ante el primer punto de quiebre entre el derecho a la salud y el derecho a no sentir dolor que, aparentemente, se ha ido dando de manera paulatina y dinámica. Con la revisión que hemos efectuado a los esfuerzos realizados por el ser humano, a través de los tiempos, para vencer al dolor y a la enfermedad, dilucidamos que, finalmente, desembocaron en el derecho a la salud; no obstante, esta lucha del ser humano por evitar el dolor, si bien logró avances positivos, ocasionó la dicotomía que el evitar el dolor no es necesariamente sinónimo de gozar de buena salud.

2.2. Principios éticos del alivio del dolor

Hemos abordado antes el dolor, desde la perspectiva médica, psicológica, cultural y religiosa; ahora, nos adentraremos en la forma en la que se enfrenta este asunto desde el punto de vista del Derecho, como el núcleo de esta investigación: describir y analizar la manera en la que, desde la visión del Derecho y la justicia, el mundo actual afronta al dolor.

Encontramos que evitar el dolor es una práctica evidente del principio de beneficencia. El Juramento Hipocrático orienta la labor de los médicos a buscar siempre el bienestar del paciente. Obviamente, el no otorgar a un paciente los medios disponibles para el alivio del dolor, es una trasgresión al principio de benevolencia y se podría considerar inclusive como un abandono del deber de socorro que tienen los profesionales de la salud.

La primera obligación moral y profesional del personal médico y de todos quienes trabajan en el sector sanitario es el evitar el dolor y el sufrimiento del paciente. Casi son sinónimos la vocación médica con el deseo -voluntad moral- de remediar el dolor y el sufrimiento a un paciente. Dejar que el paciente experimente sufrimiento y dolor al no procurarle oportuna y profesionalmente, las medidas terapéuticas disponibles, resulta una práctica médica inmoral y se debe considerar como una verdadera negligencia médica (Martínez Caballero, Collado Collado, Rodríguez Quintosa, & Moya Riera, 2015).

Sin duda, el principio de benevolencia es de donde se deriva la obligación de prestar auxilio a la persona que está padeciendo dolor; sin embargo, existe otro principio que, hoy por hoy, mantiene una estrecha relación con el alivio del dolor, este es el principio de autonomía, que se relaciona con la facultad que tiene el enfermo para decidir sobre su tratamiento; no es un principio que pertenezca a las prácticas tradicionales, pero ha tomado significativa importancia en los últimos años.

A lo largo de los años, el quehacer médico, se reservaba a un selecto grupo de personas; situación que, durante siglos, influyó en que el paciente nunca fuera consultado para tomar decisiones sobre su tratamiento, y era el profesional médico quien decidía. Siempre se entendió que el quehacer médico era conseguir el bien del paciente, y éste, por ende, lo aceptaba sin participar en forma activa de él (Martínez Caballero, Collado Collado, Rodríguez Quintosa, & Moya Riera, 2015).

Actualmente es un elemento importante dentro de la ética médica, que el paciente sea parte activa para seleccionar el tratamiento que va a recibir, tras obtener de su médico la suficiente información. Está tan arraigado este principio en la práctica de la medicina actual, que, el no informar a los pacientes sobre las medidas disponibles para contrarrestar su dolor se considera una vulneración a su derecho a la salud (Martínez Caballero, Collado Collado, Rodríguez Quintosa, & Moya Riera, 2015).

Resulta interesante la siguiente cita del artículo de Martínez Caballero, porque esclarece su perspectiva acerca del principio de autonomía; emite un criterio, a manera de requerimiento, que tiene mucho que ver con la hipótesis planteada en este trabajo de investigación:

“Este principio es sumamente importante porque obliga a informar al paciente, si así lo desea, sobre el diagnóstico, el pronóstico y las posibilidades terapéuticas, con sus riesgos y beneficios. Permite al enfermo rechazar todo tipo de tratamiento o elegir uno distinto al propuesto. Debería permitir al paciente, dentro de lo posible y con las limitaciones legales vigentes, elegir el momento, lugar y forma de su muerte” (Martínez Caballero, Collado Collado, Rodríguez Quintosa, & Moya Riera, 2015).

En la primera parte del párrafo anterior se reafirma la importancia que tiene el principio de autonomía en la relación de la medicina con el paciente; luego se da un salto y se señala un anhelo por llevar este principio al punto en el que la persona tenga la potestad de decidir el momento de su muerte; aquí, surgen un par de inquietudes: ¿Es este sólo un anhelo de personas que tienen un punto de vista sobre la enfermedad, el dolor, y la facultad de decidir cuándo morir? o ¿Es un lugar común a donde nos estamos dirigiendo en las sociedades, sobre todo, las occidentales, a través de la aplicación del “derecho al alivio del dolor”? Todo indicaría que se ha abierto una trocha en la que las personas puedan elegir el momento de morir; poco a poco iremos develando el rumbo de la humanidad hacia este atajo.

En cuanto a la relación ética, en la aplicación del derecho al alivio del dolor, nos encontramos otro principio como el de “no maleficencia”. Asimilado en el juramento hipocrático como el “*primum non nocere*, es decir, “ante todo no hacer daño” (Martínez Caballero, Collado Collado, Rodríguez Quintosa, & Moya Riera, 2015).

A pesar de que existan ocasiones en las que nada puede hacer el personal médico para evitar el terrible trauma del paciente, también se debe decir que, el no poner todos los medios para reducir el sufrimiento constituye una afrenta -precisamente- contra el principio de no maleficencia.

Otro principio que contiene esta búsqueda del alivio del dolor es el principio de justicia. Este principio, para efectos de la investigación de este trabajo, nos conducirá de la ética al derecho, ya que promulga que:

“Todos los seres humanos sin ningún tipo de discriminación, debiendo proteger más a los más desfavorecidos. El bien común o el bien de todos deben ser siempre superiores al bien de individuos concretos. Este principio se basa en dos hechos: el primero de ellos es que todas las personas, por el mero hecho de serlo, tienen la misma dignidad, independientemente de cualquier circunstancia, y por tanto son merecedoras de igual consideración y respeto; el segundo hecho es que hay que luchar por una distribución justa y equitativa de los siempre limitados recursos sanitarios para conseguir el máximo beneficio en la comunidad, evitando desigualdades en la asistencia sanitaria. Este principio convierte al personal sanitario en gestor y administrador de los recursos y de los servicios, que deberá utilizar de una forma efectiva y eficiente, evitando actuaciones sanitarias inadecuadas” (Martínez Caballero, Collado Collado, Rodríguez Quintosa, & Moya Riera, 2015).

Es necesario tomar cuidado del término “disponible”, ya que este puede resultar algo discriminatorio, lo cual es inaceptable en el campo del dolor y, en general, de la salud, a sabiendas que, cuando el dolor no se trata, y llega a ser crónico, constituye una enfermedad por sí mismo. El principio de justicia obliga a que todas las sociedades tengan disponibilidad de los medios existentes para tratar las enfermedades. El no dar acceso a los ciudadanos a un tratamiento constituye, sin duda, un acto de discriminación y podría lastimar la dignidad de las personas. Afirmar que una condición tiene tratamiento no significa nada si la sociedad no tiene los medios de hacer dicho tratamiento disponible (Ibarra, 2006).

La historia y la ética han servido de base para otorgar a la lucha del ser humano contra el dolor la herramienta del derecho; en adelante, éste será el tópico de la investigación: el derecho humano a la salud y, dentro de aquel, se deriva, y en algún momento se separa, el derecho al alivio del dolor.

2.3. El derecho a la salud y al alivio del dolor

Una vez entendida la lucha histórica del hombre contra el dolor, la enfermedad y el sufrimiento, se puede analizar la esencia de esa lucha; los principios y las razones éticas que nos han inducido a declarar a la salud como parte de los derechos inherentes al ser humano. Ahora, si bien nos percataremos de la existencia del derecho a la salud, consagrado a través de la

Declaración Universal de los Derechos Humanos, será el reto -como referí en párrafos anteriores- determinar primero, el punto de inflexión que separa el derecho a la salud de la lucha contra el dolor, luego trazaremos una proyección de cómo, esta separación, desembocaría en el derecho a decidir el momento de morir.

“Desde los albores de la humanidad el dolor y el deseo de controlarlo han acompañado al ser humano a lo largo del tiempo. El dolor es uno de los síntomas que más sufrimiento produce en cualquier enfermedad, constituyendo un problema básico de salud en todo el mundo. Sin embargo, con frecuencia no recibe el tratamiento adecuado por razones culturales, religiosas, actitudes de la sociedad y de los profesionales sanitarios, así como por motivos políticos y económicos” (Martínez Caballero, Collado Collado, Rodríguez Quintosa, & Moya Riera, 2015).

El párrafo del artículo citado describe el planteamiento al que nos aprestamos, no obstante, de lo que afirma, no se emitirá un juicio de valor, o por lo menos no todavía, sobre si el tema recibe, o no, el tratamiento adecuado; lo que sí haremos es describir estas visiones y razones que nos ayudarán a comprender el momento, la manera y los posibles efectos de la forma en la que estamos asumiendo al dolor desde el Derecho.

El dolor es una señal de alarma, consecuencia de un daño tisular somático o visceral y, dependiendo de la eficacia del tratamiento que se le otorgue, este puede tornarse en un dolor crónico. “El dolor crónico, por el contrario, no posee una función biológica de protección y conlleva alteraciones físicas, emocionales y sociales que afectan la calidad de vida del paciente” (Martínez Caballero, Collado Collado, Rodríguez Quintosa, & Moya Riera, 2015).

El doctor Eduardo Ibarra menciona que el dolor, humana y legalmente es considerado como el más terrible flagelo del género humano; lo habíamos citado con anterioridad cuando afirmaba que el dolor es una enfermedad “per se”. Agrega el doctor Ibarra que, al haberse promovido el reconocimiento al tratamiento del dolor como un derecho fundamental de los seres humanos, “brinda merecida justicia a los padres de la Declaración Universal de los Derechos Humanos quienes percibieron y reconocieron el sufrimiento humano como consecuencia del

dolor e incluyeron el derecho a su tratamiento dentro del derecho al tratamiento de las enfermedades inmerso este a su vez en el Derecho a la Salud” (Ibarra, 2006).

Desde el ámbito médico se hace un llamado a reconocer explícitamente como un derecho humano al adecuado tratamiento del dolor, tomando en cuenta que el dolor crónico constituye una enfermedad por sí mismo; se llama la atención a las sociedades desde tal marco científico - médico a incluir a este como un derecho exigible. Desde la perspectiva del Derecho, resulta evidente que aquello es una parte integral del derecho a la salud, efectivamente consagrado en el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, pero, adicionalmente, hay países que han procurado implementarlo mediante su legislación o fallos judiciales.

Es esencial, previo a dirigirnos hacia las especificidades legales de distintos países, mirar el contexto, este derecho, sea a la salud o sea al “alivio del dolor”, en la forma en la que ha ido evolucionando en el mundo. Luego de una larga y copiosa lucha en contra del dolor y la enfermedad, la legislación internacional con motivo de la Declaración Universal de Derechos Humanos, dada en 1948, se reconoce a la salud como un derecho humano, nace entonces como un destello en aquel artículo 25 de la Declaración de los Derechos Humanos. Hasta aquella declaración demoró el ser humano en reconocer, entre otros, al derecho a la salud como un derecho propio de su naturaleza, el tenor de dicho artículo manifiesta: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios...” (ONU A. G., 1948).

Posteriormente, en el año de 1966 el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, en su artículo 6.1, señala al derecho a la vida como inherente al ser humano y que nadie puede ser privado de la misma en forma arbitraria; si bien esta Declaración no tiene relación directa con la lucha contra el dolor, luego podrá resultar fundamental para las conclusiones y para determinar qué límites puede, o no, tener el derecho a subsanar el dolor de un ser humano (ONU A. , G, 1966).

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales refuerza el contenido social del derecho humano a la salud, en su artículo 12, sobre la base de dos acuerdos: en el primero se exige que los Estados parte reconozcan a toda persona el disfrute del más alto

nivel posible de salud física y mental. El segundo detalla las medidas que deben adoptar dichos Estados: la reducción de la mortalidad y el sano desarrollo de los niños; el mejoramiento de la higiene y del medio ambiente; la prevención y tratamiento de enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole; y la lucha en contra de ellas; y, por último, la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad (Asamblea General de la ONU, 1966).

Lo pactado obliga a los Estados firmantes a proteger, con todos los recursos a su alcance, los derechos que el mismo garantiza, sin embargo, no se establece -expresamente- el derecho a un alivio adecuado del dolor. Puntualicemos que el derecho a la salud lleva implícito el derecho a un adecuado tratamiento del dolor.

“Durante los últimos 50 años, el advenimiento del reconocimiento universal sobre la relevancia del estudio y tratamiento de las diversas condiciones de dolor, ha resultado no solamente en significativos logros en cuanto a la investigación científica, la educación y el desarrollo de este campo hacia una especialidad médica, sino que le ha dado un extraordinario significado a su sentido conceptual y filosófico desde el marco de los Derechos Humanos” (Ibarra, 2006).

Tal aseveración resulta oportuna, ya que el tiempo ayuda a comprender más sobre el sentir del otro; esto conduce a relacionar a la salud con evitar el dolor, llevando la lucha contra el dolor al mismo nivel que la brega por la salud, incluso, hay quienes reclaman que se establezca al alivio del dolor, como tal, como un derecho humano.

Ante aquello profundiza Ibarra, reclamando una nueva definición de “dolor”, en la que se lo reconozca, no solo por sus obvios elementos sintomáticos, sino que se comprenda que, en ciertas condiciones, el dolor constituye una enfermedad “per se”. De esta manera, afirma, se “establecerá las bases filosóficas y legales para el reconocimiento universal del tratamiento del dolor como un derecho humano fundamental, lo cual debe de constituir un logro imperativo de nuestros días...”. Desde la perspectiva de los Derechos Humanos, se reconoce al dolor crónico como contradictorio a un “estado de bienestar”, se concluye que un ser humano que sufre dolor crónico, esencialmente, carece de salud o tiene una deficiencia de la misma y que

consecuentemente todos los derechos que se desprenden del derecho a la salud, no deben separarse de éste (Ibarra, 2006).

Así vemos el reclamo médico de identificar al alivio del dolor como un Derecho Humano. Más, se hace necesario reparar en que la aseveración del doctor Ibarra lleva cierta contradicción, porque, el reconocimiento del dolor, como una enfermedad per se, nos conduciría a que su lucha esté contenida en el derecho humano a la salud y no se requiera establecer un distinto derecho, como sería el derecho humano al alivio del dolor.

La Organización Mundial de la Salud ha establecido que el alivio del dolor es un derecho fundamental y que los profesionales de la salud están éticamente obligados a dar acceso a los pacientes a medios que produzcan alivio a su dolor. Para el efecto, la OMS ha numerado los criterios indispensables para un buen control del dolor: “– Educación de los profesionales de la salud, el público en general y administradores hospitalarios en el control del dolor. - Disponibilidad de fármacos y un sistema de distribución eficiente y seguro. – Cambios en las legislaciones y regulaciones que supriman las disposiciones que interfieren con el uso adecuado de opioides potentes” (Martínez Caballero, Collado Collado, Rodríguez Quintosa, & Moya Riera, 2015).

Cada uno de los puntos dispuestos por la OMS merecen resaltarse: abarcan desde la educación de los profesionales de la salud en medios para aliviar el dolor, conmina a las naciones a realizar todos los esfuerzos económicos para que las personas puedan disponer de fármacos y de un sistema de salud eficiente y seguro; y, por último, se requiere que se mejoren las legislaciones y normativas a fin de suprimir cualquier disposición que interfiera con el uso de opioides capaces de evitar los dolores más agudos.

A partir de aquella consideración, la OMS ha realizado esfuerzos por establecer los mecanismos y escalas para el adecuado manejo del dolor y, bajo su liderazgo, la comunidad médica ha implementado técnicas que han mejorado sustancialmente el manejo del dolor (Martínez Caballero, Collado Collado, Rodríguez Quintosa, & Moya Riera, 2015).

Esto expone la conciencia que ha ido adquiriendo el mundo a partir de la institución del derecho humano a la salud; a la vez que se demuestra la particular preocupación que ha tenido la Organización Mundial de la Salud respecto a tratar al alivio del dolor como un tema prioritario.

Subsiste la pregunta: ¿es el alivio al dolor un derecho humano? La respuesta es no, el alivio al dolor no ha sido proclamado como un derecho humano por sí sólo; eso sí, es parte integral del derecho a la salud, consagrado en el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, y también está contemplado en artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, cuando se exige que los Estados parte reconozcan a toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

Es importante tomar en cuenta dos aspectos respecto al derecho al alivio del dolor: el primero es que, por más que existan voces que pretenden separarlo del derecho a la salud, el derecho al alivio del dolor proviene de ese derecho; el segundo, a tener presente es que, por el mismo hecho de desprenderse de un derecho humano, es exigible, con todas las consideraciones del caso, es decir, los Estados, a su vez, el personal médico que en ellos labora, tienen la obligación de velar por el acceso de los ciudadanos al alivio al dolor.

Parte de la comunidad médica demanda que el dolor deje de ser un síntoma y pase a ser considerado, por parte de la Organización Mundial de la Salud, como una enfermedad. Como lo hemos analizado en líneas anteriores, esto, lejos de acercar al alivio del dolor a la proclamación de nuevo derecho humano, lo vincula con mayor fuerza al derecho a la salud.

En el campo de cumplimiento de los Estados sobre el derecho humano a la salud, específicamente, en cuanto al manejo y alivio del dolor, hemos visto que, en las distintas legislaciones del mundo, se ha separado el derecho a la salud del derecho a no sentir dolor; de hecho, se ha sobrepuesto inclusive, el aliviar el dolor al preservar la vida del paciente.

Se puede deducir entonces que este llamativo giro y comportamiento de la legislación de algunos países, no necesariamente se relaciona con el derecho humano a la salud, como también resulta discutible que se esté alineando con el “más alto nivel de salud física y mental” dispuesto en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; en todo caso, luego de recorrer la cronología de la lucha del ser humano en contra del dolor, de haber visualizado el surgimiento del derecho humano a la salud y de la importancia que se le ha dado, en particular, a la necesidad del ser humano de aliviar el dolor, nos encontramos ante una nueva realidad histórica que nos enfrenta a la eutanasia y al suicidio asistido.

Este salto en el proceder del ser humano, muy característico de los últimos siglos, nos impulsa a las siguientes preguntas: ¿La eutanasia y el suicidio asistido, surgen en las legislaciones de varios países, como una nueva faceta del ser humano en su histórica lucha contra el dolor? ¿Estas normas se han mantenido estáticas o también han experimentado saltos, evoluciones o involuciones en las naciones en las que se han implementado? Por último, y, para efectos de la hipótesis planteada en este documento, la cuestión más importante: ¿Dicha evolución o involución de las normas respecto a la eutanasia y el suicidio asistido, nos están conduciendo al surgimiento del derecho a elegir el momento de morir?

A manera de compendio, hasta aquí: hemos revisado exhaustivamente el tema del dolor, repasamos conceptos sobre la muerte; retomamos el dolor para graficar la encarnecida lucha que ha confrontado el ser humano desde el inicio de su existencia, a fin de evitarlo de la mejor manera; por último, nos ubicamos en el momento histórico en donde se proclama el derecho a la salud como un derecho inherente a todo ser humano. Estos elementos nos convergen a los tres planteamientos -mencionados como preguntas-, que se solventarán en las conclusiones del presente trabajo de investigación.

3. La muerte como alivio del dolor

El primer reto que tenemos en este capítulo culminante, es el de analizar el paso que se ha dado desde el derecho a la salud y su adherente derecho al alivio del dolor. Ahora nos aprestamos a llevar el problema del dolor a su relación íntima con la muerte y con lo que se ha denominado, en los últimos tiempos, como “la muerte con dignidad”.

En el debate bioético contemporáneo, relacionado con el final de la vida humana, se ha intentado imponernos la idea del “derecho a morir con dignidad.” Se escuchan voces de varios que entienden que este “derecho a una muerte digna”, implica el derecho a disponer de la propia vida a través de la eutanasia o el suicidio asistido, asentando su postura en el respeto a la libertad y autonomía del paciente. De esta manera, se pretende aplicar la idea de que nadie tiene derecho a obligar a otro a prolongar su existencia si es que este otro ya no desea vivir (Taboada R, 2000); frente a aquello, resulta ineludible recapacitar sobre todos los componentes que implica este pensamiento.

A esta altura, es preciso incluir a los cuidados paliativos que comprenden una serie de tratamientos, principalmente médicos y psicológicos, que tienen como finalidad dar alivio al paciente y, también, las herramientas para enfrentar con dignidad al dolor crónico y a la muerte inminente; estos han representado una propuesta eficaz y digna frente a la eutanasia y el suicidio asistido en los lugares en los que se ha suscitado este debate.

“La idea de que la muerte podría representar un alivio para una vida condenada a horribles sufrimientos, no es nueva. La encontramos, por ejemplo, ya en la cultura griega. Esto, poéticamente expresado en el Mito del Centauro Quirón, a quien el dios Apolo concedió el don de la “mortalidad”, después de que, en una batalla con otros centauros, éstos le infringieran una herida incurable. Plantear que, en ciertas situaciones, la muerte pueda ser percibida como una bendición divina, no equivale - necesariamente- a arregarle al hombre el derecho de acabar con la vida de una persona sufrente. Así lo percibió Hipócrates, quien, en su célebre juramento, reclama de los médicos el compromiso de no dar a nadie una droga mortal, aun cuando les sea solicitada, ni tampoco dar consejos con tal fin” (Taboada R, 2000).

En contraposición a ello, desde el año 70 en los Países Bajos, surgieron las primeras voces que demandaban que la gente tenga el derecho de interrumpir su vida bajo ciertas condiciones.

3.1. La eutanasia y el suicidio asistido

Luego de la ardua y constante lucha que el hombre ha librado en el transcurso de la historia contra el dolor y la enfermedad, nos encontramos en un siglo en el que la ciencia ha logrado prolongar la esperanza de vida de las personas, derrotando fieras batallas contra enfermedades y condiciones que, en otra hora, resultaban letales para los seres humanos. Como humanidad, en muchos de los casos, no logramos todavía mejorar la calidad de vida de quienes sobreviven a las enfermedades y padecimientos o simplemente, no se ha conseguido que, llegados a determinada edad puedan valerse por sí solos.

No cabe duda que el fenómeno descrito, tiene un saldo positivo, desde la perspectiva de poder mantener con vida a personas que, sin los progresos que se ha conseguido en la medicina, habrían muerto; pero tampoco se puede negar que tiene innegable contenido social, al transcurrir del tiempo, nos va permitiendo notar la brecha entre el avance de la medicina y el deterioro de la calidad de vida de quienes envejecen o, simplemente, han perdido autonomía. Cuando el ser humano se enfrenta ante este imaginario futuro, a menudo se angustia, al punto de preferir la muerte antes de transitar por un sufrimiento prolongado que le ocasionarían las secuelas de una enfermedad o el devenir de los años.

En 1623, Francis Bacon, introducía por primera vez al vocabulario científico, la acepción “eutanasia” que, etimológicamente, se compone de dos raíces griegas: eu - bueno y thanatos - muerte; eso se refería Bacon: al esfuerzo por procurar una muerte tranquila, serena y sin sufrimientos. Actualmente, el término puede resultar distante de la definición pretendida por Bacon pues, ahora, se entiende por eutanasia “la muerte de una persona con enfermedad terminal causada por otra (personal sanitario), de una manera indolora, a petición libre y expresa de esta o de sus familiares” (Martínez Leon, Asencio Villahoz, Camino Martínez, Henar Torres, & Quiapo Burón, 2014).

La Organización Mundial de la Salud califica al término eutanasia como la acción del médico que provoca deliberadamente la muerte del paciente, suministrándole fármacos cuyo fin

será el producir su deceso, es, en resumen, un homicidio consentido. Como lo veremos en la legislación emanada por distintos países, la eutanasia, en principio, cuenta con el consentimiento del paciente y siempre es practicada por otra persona.

En el caso de que el propio paciente es quien se ocasiona la muerte, a través de medicinas recetadas por especialistas, se lo conoce como suicidio asistido (Martínez Leon, Asencio Villahoz, Camino Martínez, Henar Torres, & Quiapo Burón, 2014).

Algunos países o Estados, como por ejemplo el de Oregón en Estados Unidos, se decantan por establecer un procedimiento legal para el suicidio asistido. A esto, de alguna manera, se adhieren Suiza y Alemania, mientras tanto, Países Bajos, Bélgica o Luxemburgo, permiten -y han emitido- legislación sobre la eutanasia.

Para una mejor comprensión de la eutanasia y del suicidio asistido, es preciso advertir que existen otra clase de conceptos que pueden confundirse con estos, son otro tipo de prácticas que se aplican también en circunstancias de lucha contra el sufrimiento y que, si bien implican cercanía con la muerte, su finalidad no es causarla. Se definen a continuación:

Sedación paliativa: se entiende a esta práctica como la administración de fármacos en dosis tales que son capaces de reducir el nivel de conciencia y, de esta manera, reducir el nivel de sufrimiento físico o psíquico de un paciente que sufre de una enfermedad terminal o avanzada. Esta práctica requiere el consentimiento explícito, implícito o delegado, se la aplica cuando ya no existe ningún tratamiento al que el paciente reaccione de manera favorable y, en suma, representa un acompañamiento en la muerte y su finalidad nunca es causar la muerte (Álvarez - Del Río, 2014).

La distanasia es la aplicación de todos los medios posibles para mantener con vida a una persona que agoniza; también se la conoce como ensañamiento terapéutico, y prolonga un sufrimiento sin que exista siquiera una esperanza razonable de mejoría en el cuadro del paciente (Álvarez - Del Río, 2014).

En contraste con la práctica descrita en el párrafo anterior, la limitación del esfuerzo terapéutico es la decisión del equipo médico de restringir o retirar determinadas técnicas o medidas de apoyo vital que se utilizan para mantener con vida a un paciente cuando sus

posibilidades de permanecer con vida, sin el uso de estas medidas, son nulas y sufre de una enfermedad terminal (Álvarez - Del Río, 2014).

Ninguno de los conceptos descritos anteriormente representa ni eutanasia, ni tampoco suicidio asistido. En el caso de los dos que tienen la finalidad de acompañar a los pacientes a una inminente muerte, que contenga menos sufrimiento y dolor, pero sin la necesidad de acelerar el proceso, o de suministrar medidas que conlleven rápidamente al deceso; suelen ser medidas utilizadas en los procesos denominados de “cuidados paliativos” que han representado la alternativa propuesta en varios países, incluso en alguno que permite la eutanasia (Luxemburgo), para no acudir a la aceleración de la muerte de las personas que se encuentra expuestas a algún tipo de enfermedad terminal.

Estos cuidados paliativos, son el conjunto de medidas que se adoptan para el acompañamiento a las personas que padecen enfermedades incurables y cuyo final es cercano e inminente. Estos cuidados pueden incluir el suministro de medicinas que combatan el dolor y de terapias que ayuden a sobrellevar el sufrimiento psíquico ocasionado por la situación de los pacientes.

3.2. Primeras legislaciones en el mundo sobre la eutanasia y el suicidio asistido

A la par con la evolución del Derecho, de las naciones y del desarrollo de la medicina, en su lucha contra el dolor y la enfermedad, a finales del siglo pasado, ciertos países comenzaron a plantearse el implementar legislación respecto a permitir la eutanasia y el suicidio asistido.

A continuación, se realizará un breve repaso de los países que han impulsado normativa permitiendo la eutanasia y/o el suicidio asistido, con una corta referencia de dichas legislaciones. En concordancia con el objetivo de esta investigación, que pretende describir cómo tales legislaciones siguen un trayecto dinámico, cambiante, evolutivo, o involutivo, que conducirá a establecer una nueva potestad humana, que será decidir el momento de morir; se realizará un especial énfasis en la primera y en la última ley que ha permitido la eutanasia en Europa.

Países Bajos fue el primer país en legalizar la eutanasia; en Estados Unidos, cinco años antes, en 1997, en el Estado de Oregón se aprobó la Ley del suicidio médicamente asistido, denominada Oregon's Death With Dignity Act DWDA. La ley se proclamó para uso de las

personas mayores de 18 años, que estén en pleno uso de sus facultades mentales, siempre que sufran una enfermedad terminal con un pronóstico de seis meses de vida. “El objetivo de la DWDA es proporcionar a los enfermos, en fase terminal, el derecho a una muerte humana y dignificada a través de un medio preciso: el paciente toma por sí mismo una dosis de medicamentos que acaba con su vida” (Martínez Leon, Asencio Villahoz, Camino Martínez, Henar Torres, & Quiapo Burón, 2014).

Según la DWDA, la División de la Salud de Oregón debe recoger y publicar, anualmente, un reporte estadístico sobre el cumplimiento y aplicación de la Ley. Los datos se recogen a través de los informes de los médicos y farmacéuticos respectivos, los certificados de defunción y las entrevistas a los médicos (Martínez Leon, Asencio Villahoz, Camino Martínez, Henar Torres, & Quiapo Burón, 2014).

Durante el año 2020, 370 personas recibieron recetas de dosis letales de medicamentos bajo las disposiciones de la DWDA, esto significó un aumento del 25 % en relación a las 297 reportadas durante 2019. Hasta el 22 de enero de 2021, la OHA había recogido informes de 245 personas que murieron durante 2020 por ingerir los medicamentos prescritos en virtud de la ley antes citada; un claro aumento con respecto a las 191 de 2019 (Public Health Division, Center for Health Statistics., 2021).

La mayoría de los pacientes fallecieron en el hogar (92%) y casi todos estaban inscritos en cuidados paliativos (95%). Todos los pacientes, cuyo estado de seguro de salud era conocido, tenían alguna forma de cobertura. Como en todos los años, según las estadísticas, las tres preocupaciones más frecuentes de las personas, sobre el final de su vida, fueron: la disminución de la capacidad para participar en actividades que hacían la vida agradable (94%), la pérdida de autonomía (93%) y la pérdida de dignidad (72%) (Public Health Division, Center for Health Statistics., 2021).

En los Estados Unidos de Norteamérica, además de Oregón, se han sumado a esta legalización los siguientes Estados: “Washington (2008), Montana (2009), Vermont (2013), Colorado y la capital Washington DC (2016), California (2016), Hawái (2018), Nueva Jersey y Maine (2019)” (Velasco Bernal, Trejo , & Galán , 2021).

En la cronología para el análisis de la apertura legal de distintas naciones a la posibilidad del suicidio asistido o eutanasia, tenemos que, Países Bajos registra el más representativo movimiento en este sentido: desde algunas demandas ciudadanas, pasando por sentencias, hasta llegar a conformar un cuerpo legal referente a la eutanasia y al suicidio asistido.

Para describir la dinámica de esta práctica del derecho a requerir la muerte, que va cambiando, cediendo mediante ejercicios de igualdad, solamente bastaría con relatar cómo ha caminado la práctica de la eutanasia en Países Bajos; es por ello que, para efectos de este estudio, se dará atención especial a este caso.

En 1971, la doctora Truus Postma suministró una letal dosis de morfina a su madre, quien, gravemente enferma, le había requerido tal proceder. La declararon culpable, lo que generó protestas en un gran sector de la población y el apoyo de médicos que cuestionaban la prolongación de la vida en casos dolorosos. De esta manera, su condena se redujo a una semana de cárcel y se sentó jurisprudencia respecto a las condiciones para practicar la eutanasia en Países Bajos, siendo estos: que el enfermo padezca un gran sufrimiento sin posibilidad de mejorar y que pida reiteradamente que no se prolongue su vida (Robla, 2002).

En el mismo país, a principios de la década de los ochenta, un tribunal eximió de culpa a un galeno al considerar que, con base en lo planteado en el caso “Postma”, este había cumplido con los límites éticos al practicarle la eutanasia a un paciente. De esta manera se fue dando forma a la reglamentación; poco después se estableció la necesidad de que existiera la opinión de un segundo médico. En los 90, el gobierno de Países Bajos había regulado, tímida y estrictamente, la eutanasia, bajo rigurosas condiciones, empero, por medio del caso Chabot, expuesto a continuación, se permite aceptar el sufrimiento psíquico como motivo suficiente para dar paso a la eutanasia (Robla, 2002).

En el mes de abril de 1993, un tribunal absolvió a un psiquiatra quien, dos años atrás, había “ayudado” a morir a una mujer de 50 años de edad, para evitarle el “sufrimiento moral”. Los jueces de Assen (ciudad holandesa) determinaron que el acusado había procedido acorde a las normas éticas de los Países Bajos.

“Boudewijn Chabot confesó haber suministrado a la mujer, Hilly Bosscher, veinte píldoras para dormir, que ella mezcló con un postre con sabor a vainilla y, tras ingerirlas, tomó

un medicamento para no vomitar. Bosscher murió acompañada de dos psiquiatras y un amigo. La mujer, en agosto, había contactado con Chabot tras obtener la dirección en la Asociación para la Eutanasia Voluntaria.

Bosscher había perdido a sus dos hijos en circunstancias trágicas: uno se había suicidado en 1986 y otro falleció de un tumor maligno en 1991. Por otra parte, acababa de divorciarse.

El tribunal concluyó que el sufrimiento de Bosscher era insoportable, aunque no estuviese mortalmente enferma. Chabot, según los jueces, actuó escrupulosamente, y consultó previamente a siete colegas, de los cuales seis estuvieron de acuerdo con él” (Agencias Holanda El País, 1993).

Este caso fue el primero en Países Bajos en el que, para facilitar la muerte de una ciudadana, el dolor “insoportable” se concibió fuera de la perspectiva física, es un acontecimiento muy relevante para el contenido de este estudio, demuestra por sí sólo que, a través de un ejercicio de igualdad ante la ley, y con base en el principio de autonomía, poco a poco, se flexibiliza el acceso a las personas a decidir el momento de morir. Se evidencia con esto cómo, con el transcurso de los años, las prescripciones legales van cambiando, atendiendo otro tipo de perspectiva respecto al sufrimiento o al dolor que siempre va a tener una posición subjetiva.

En la década de los setentas, en Países Bajos se daba paso a la eutanasia, esgrimiendo condiciones rigurosas sobre las que se debía practicarla, esto claramente se presenta como un recurso de última instancia, para aplacar el dolor difícil de soportar, acelerando el encuentro de quien lo padece, con su muerte. Es decir, como primera condición, se consideraba que el dolor físico deba ser insoportable e insubsanable, para después aceptar la voluntad del paciente que, en pleno uso de sus facultades y en reiteradas ocasiones, requería que no se le prolongue la vida. El caso Chabot, de la década de los 90, al referirse a un dolor no físico, relativiza las dos condiciones puesto que, al referirse a un dolor moral, y a una condición psicológica de la paciente, no se puede aseverar que dicho padecimiento resulte insubsanable pues podría controlarse con terapia o con el paso del tiempo; y tampoco se podría afirmar que quien solicitaba morir, se encuentre en pleno uso de sus facultades para tomar e insistir en una decisión de esa magnitud.

Con lo analizado en el proceso de la historia de la eutanasia legal en Países Bajos, se evidencia cómo, al cabo de dos décadas, alegando que el dolor moral puede resultar, en muchos casos, más agudo e insoportable que el dolor físico, haciendo un ejercicio de igualdad, se le concede al paciente ayuda psiquiátrica, y la posibilidad de resolver que había llegado el momento de interrumpir el sufrimiento a través de la muerte y, evidentemente, se adaptan las condiciones establecidas para la práctica de la eutanasia.

Con la llegada de la ley holandesa sobre la eutanasia, una década después del caso Chabot y luego de tres décadas del mencionado Postma, se sanciona una práctica que se toleraba en dicha sociedad, con sustento en las directrices del Colegio Médico y de la jurisprudencia (Robla, 2002).

En el 2001, Países Bajos aprobó la primera ley de eutanasia en el mundo, resultante de un devenir de casos en los tribunales que derivaron, como vimos en los ejemplos anteriores, en absoluciones de facultativos involucrados. Como lo hemos constatado también, al igual que los casos señalados, la norma no se ha quedado estática, ha ido adaptando cambios siempre tendientes a flexibilizar la práctica de la eutanasia. En el 2020, se registraron alrededor de 7.000 casos, que representan el 4,1% del total de muertes en dicho país (Ferrer, 2021).

Según Sandra Genet, portavoz de las cinco Comisiones Regionales que revisan los casos de eutanasia (RTE, por sus siglas holandesas), en el 2019, el último año en el que no se puede imputar distorsiones en las cifras ocasionadas por la pandemia COVID, en el ámbito de la salud, en Países Bajos, se registraron 15.885 muertes, de las cuales 6.361 fueron a través de la práctica de la eutanasia. De estas, 4.100 se trataron de enfermos de cáncer, en 2.099 casos la eutanasia fue requerida por personas que padecían desórdenes neurológicos, enfermedades cardiovasculares, desórdenes pulmonares, síndromes geriátricos múltiples, desórdenes psiquiátricos y, en algunos casos, una combinación de desórdenes; los 162 casos restantes fueron requeridos por personas que padecían demencia (Ferrer, 2021).

Más allá de las cifras, la normativa considera a la eutanasia como un acto fuera de lo normal en que el enfermo no puede exigir y en donde los médicos tampoco están obligados a aplicar. Conforme la Ley, la eutanasia debe ser requerida por el paciente, de forma voluntaria, consciente y reiterada; a su vez, el galeno es quien se asegura de que el sufrimiento es

inaguantable y no hay tratamiento alternativo o posibilidades de curación o mejora, condiciones que tienen relación directa con el caso Postma; sin embargo, se han visto relativizadas en la práctica y en el evolucionar de la norma (Ferrer, 2021).

En el año 2004, se estableció un protocolo para practicar la eutanasia a niños menores de un año, bajo el consentimiento de sus padres, siempre que padezca de una enfermedad grave. También se ha ido incluyendo a niños y adolescentes, de distintas edades, cuyos padres, hasta los 16 años, deberán solicitar y autorizar la práctica de la eutanasia. Los jóvenes entre 16 y 17 años están facultados a llevar la iniciativa en su proceso de eutanasia; en este caso, los padres solamente tendrán información del suceso (Ferrer, 2021).

En el plano legislativo, luego de la suscripción de la ley, se constata, una vez más, que aquella ha ido flexibilizando sus posiciones, en nombre de los principios de igualdad y de autonomía; por ejemplo, incluyendo a menores, basados en condiciones puntuales, pero, ignorando -nuevamente- las restricciones iniciales, pues ahora ya no será el individuo quien requiera que le practiquen la eutanasia, sino que abre la opción a sus padres; y, en el caso de los jóvenes de 16 y 17 años, se entiende que ellos también están en pleno uso de sus facultades y se les permite requerir la eutanasia.

En cuanto a los problemas psíquicos, en una de sus últimas modificaciones, a partir de una reforma hecha en el 2018, la ley exige que, además del médico de cabecera y de la segunda opinión, a la que están obligados todos los otros procesos, se añada la evaluación realizada por un psicólogo y por un psiquiatra, pero se abre el abanico, de manera significativa, al incluir entre los pacientes que padecen dolores o sufrimientos, considerados insubsanables, a quienes padecen de una enfermedad mental; de esta forma, también se estaría relativizando una de las condiciones que constaban desde el inicio, cual es que el requirente se encuentre en pleno uso de sus facultades (Ferrer, 2021).

Como parte de la realidad dinámica, cambiante e inclusiva, de la legalización de la eutanasia y el suicidio asistido en el mundo, es preciso explicar que, el testamento vital, es un documento que suscriben las personas, en uso de sus facultades, en el que emiten instrucciones sobre los tratamientos que desean, o no, recibir, con la finalidad de que se ejecuten esfuerzos para salvarle, o no, la vida-en caso de llegar a un estado de salud en el que pierda la conciencia.

En Países Bajos y, posteriormente, en los países en los que se ha legislado respecto a la eutanasia, este testamento sirve también como una solicitud que el personal médico debe observar como la voluntad del paciente sobre practicarle la eutanasia.

En 2019 surge otro caso, que constituyó un hito en la historia de la eutanasia en Países Bajos, a este caso se lo denominó “la eutanasia del café”: una paciente de 74 años, que padecía una aguda demencia, había realizado dos escritos referentes a su testamento vital; en el primer escrito, pedía ayuda para morir, mientras que, en el otro, añadía que lo haría cuando lo consideraría conveniente. Marianou Arends, la psiquiatra tratante, observó, desde su perspectiva, que la afectada atravesaba por una fase insoportable y, según lo había anotado en su testamento vital, quería evitar este sufrimiento.

Fue así que, la psiquiatra, vertió un sedante en el café, pero la paciente se agitó al verlo y hubo que sujetarla para seguir adelante. Al constatar que la paciente no había sido consultada en el último momento, la comisión regional remitió el expediente a la Fiscalía. Arends fue acusada de asesinato, sin embargo, debido a la “falta de claridad de la ley ante las “buenas intenciones de la especialista”, la fiscalía se abstuvo de pedir al juez una condena en este caso.

La fiscalía requirió el pronunciamiento del Tribunal Supremo para crear jurisprudencia. El Tribunal Supremo, aprobó también la sedación previa para evitar posibles agresiones en situaciones similares. Con esto, se permitió la práctica de la eutanasia en personas que padezcan trastornos mentales o demencia aguda, lo que generó la polémica y el rechazo de 450 médicos quienes publicaron una carta afirmando que “no estaban preparados para poner una inyección letal a un paciente incapacitado por la demencia”. En Países Bajos, es permitido que el médico suministre las dosis letales (eutanasia) y también que se las entregue al paciente para que las consuma y termine con su vida (suicidio asistido) (Ferrer, 2021).

Como hemos advertido, fueron, en primera instancia, los médicos y, luego, los jueces, quienes marcaron la pauta para que la práctica de la eutanasia y del suicidio asistido sean lícitas en Países Bajos. La práctica ha ido tolerando variaciones antes de convertirse en ley, desde su promulgación; de igual manera, su proceso ha sido cambiante y, poco a poco, las modificaciones encaminan a la legislación a incluir más posibilidades en las que se permita la eutanasia o el suicidio asistido.

La legislación que permite a las personas acceder a su muerte, para ponerle fin al dolor y al sufrimiento, tiene una tendencia hacia la apertura; poco a poco, con el paso de los años, se añaden situaciones en las que se facilita ir a las personas a la eutanasia o al suicidio asistido. Como se lo ha señalado anteriormente, es cuestión de hacer un ejercicio de igualdad ante la ley; esto, junto a lo subjetivo que resulta el dolor y el sufrimiento “insoportable”, se precipita a que las personas tengan la potestad de decidir el momento de morir. Se ha evidenciado también, en el trayecto que ha ido tomando la normativa de los Países Bajos, cómo se ha ido ampliando la definición-percepción de dolor, trascendiendo al dolor físico o a poseer una condición insubsanable. Por otro lado, hemos confirmado cómo se va acomodando aquel requerimiento que debía hacer una persona, que deseaba que se le practique la eutanasia; además de relativizar el hecho de que el paciente se encuentre en pleno uso de sus facultades para poder tomar decisiones.

Seguidamente repasaremos las legislaciones que surgieron, de manera posterior, en distintos países.

3.3. Posición de otros países sobre la eutanasia o el suicidio asistido

Apenas unos meses después de aprobada la ley holandesa, en el año 2002, se suscribe la ley de la eutanasia en Bélgica, donde se delimitó, en principio, que sea apruebe la práctica en menores emancipados (16 años) y en mayores de edad, capaces, con pronóstico de alguna enfermedad irreversible, que tengan un sufrimiento físico o psíquico constante o insoportable o una enfermedad incurable. En el año 2014, se permitió la eutanasia infantil, sin límite de edad, para aquellos casos de enfermedades incurables, siendo un médico el encargado de evaluar al menor y establecer, previa consulta a un psiquiatra infantil, que el menor es capaz de decidir sobre su muerte, sin que medien presiones ni influencias de familiares o allegados. Los padres deben conceder los correspondientes permisos. Aquí otra muestra de la transformación que va experimentando la ley con el paso del tiempo (Martínez Leon, Asencio Villahoz, Camino Martínez, Henar Torres, & Quiapo Burón, 2014).

La ley belga amplía el espectro de aplicación a todo paciente que se encuentre en una situación médica sin salida y en un estado de sufrimiento físico o psicológico constante e

insuportable que no puede ser aliviado y que sea resultado de una afección accidental o patológica grave e incurable (Jiménez García, Granados Bolívar, & Fernandez Morena, 2015).

Entre el año 2008 y el 2011, los casos en los que se aplicó la eutanasia se incrementaron más de un 60%; posteriormente, entre el 2011 y el 2012, se experimentó un incremento del 25% de eventos en los que se practicó la eutanasia en Bélgica. Se conoce que, en la actualidad, solamente se rechaza el 5% de las solicitudes realizadas por pacientes para que les practiquen la eutanasia en este país. En Bélgica no comete delito el farmacéutico que entregue medicamentos a quien tenga la voluntad para quitarse la vida, siempre que lo haga con una prescripción de un médico y los fármacos sean entregados a dicho profesional personalmente (Martínez Leon, Asencio Villahoz, Camino Martínez, Henar Torres, & Quiapo Burón, 2014).

La ``Ley sobre el derecho a morir con dignidad'', fue aprobada en Luxemburgo en febrero de 2008. En los primeros artículos, al igual que en Países Bajos y Bélgica, esta norma expone los requisitos necesarios para ejecutar la eutanasia y el suicidio asistido. Básicamente, se requiere determinar que el paciente tenga una condición terminal, que realice la petición de manera voluntaria, que no haya una mejor alternativa para su caso, la petición deberá ser reiterativa y, cuando se elabore un testamento vital, este deberá reafirmarse en su voluntad, cada 5 años; y podrá desistir en cualquier momento (Jiménez García, Granados Bolívar, & Fernandez Morena, 2015).

Posteriormente, a pesar de la negativa del Gran Duque, Enrique I, se legalizó la eutanasia de mayores de edad o de los menores desde los 16 años emancipados. Es preciso señalar que, en este suceso se desarrolló al amparo de la eutanasia, los mecanismos para que el Estado brinde la alternativa de los cuidados paliativos a los pacientes con enfermedades que ocasionan un grave sufrimiento; de esta manera, a las personas les queda otra opción diferente a la de acabar con su vida como medida de escape al sufrimiento (Martínez Leon, Asencio Villahoz, Camino Martínez, Henar Torres, & Quiapo Burón, 2014).

La eutanasia y el suicidio asistido, han sido despenalizados también en Oceanía, como es el caso de Australia Occidental, y del Sur, Victoria, Tasmania y Nueva Zelanda, en situaciones similares. Se requiere el criterio de dos doctores en medicina que certifiquen que el

paciente es elegible por sus dolencias y que le quedan, cuanto más, 6 meses de vida (Velasco Bernal, Trejo , & Galán , 2021).

En Suiza, la eutanasia no está permitida legalmente; pero sí el suicidio asistido, derivado del derecho a decidir de las personas, sin que, en este hecho, resulte determinante su estado de salud. Desde 1941, se permite esta práctica en Suiza, esto sucede más en nombre del principio de autonomía que en nombre de una lucha contra el dolor (Martínez Leon, Asencio Villahoz, Camino Martínez, Henar Torres, & Quiapo Burón, 2014).

En los últimos años, Suiza ha permitido la aplicación de esta práctica a sujetos que no necesariamente residan en ese país; esto ha concitado el interés de extranjeros que pretenden acceder a estos servicios en este país.

Es notorio, en la práctica suiza del suicidio asistido, que se quiere separar de ella al personal médico, pues, se considera de alguna manera, que su finalidad es contradictoria. Es por ello que, hace algunos meses, llamó la atención la noticia de que una cápsula para el suicidio, llamada SARCO, estaría siendo evaluada; esto pretende facilitar el acceso al suicidio. En la actualidad, la forma de practicar esta asistencia al suicidio es otorgando fármacos que inducen a un coma y ocasionan la muerte del paciente, sin demora (O'Dea, 2021).

En un estudio realizado hace algunos años por Mathias Egger, del Instituto de Medicina Preventiva de la Universidad de Berna (Suiza), publicado en *International Journal of Epidemiology*, se expuso que esta práctica es más frecuente en mujeres que hombres, que se da más en personas con formación superior o secundaria, así como en personas que viven solas, y en personas que carecen de formación religiosa. A pesar de no estar condicionado el suicidio a dolencias físicas, los individuos que más acuden al suicidio asistido son los enfermos de cáncer (Martínez Leon, Asencio Villahoz, Camino Martínez, Henar Torres, & Quiapo Burón, 2014).

Para los suizos es muy importante que no exista ninguna causa económica o ambición egoísta, tampoco se permite que nadie induzca a esta práctica con este tipo de intereses; si esto se acreditara, el individuo que lo incita sería perseguido por la justicia. (Jiménez García, Granados Bolívar, & Fernandez Morena, 2015)

En Alemania tienen una realidad jurídica similar a la Suiza, es decir: el suicidio asistido no está penalizado, esto facilita el trabajo de asociaciones que se dedican a ayudar a aquellos que deciden acudir al suicidio como medio para terminar sus dolencias o sufrimientos. Ofertan asistencia a los enfermos para acceder a los medicamentos que ocasionan su muerte, pero deben ser los propios pacientes los que consuman directamente los químicos que acabarán con su vida. Alemania muestra una especie de recelo a que esta sea una práctica llevada a cabo directamente por parte del personal de la salud; más bien lo que resalta en este acaecimiento, al igual que en Suiza, es el defender el derecho a las personas a decidir la continuidad de su vida. Esto va restando, cada vez, las restricciones en las que se pueda efectuar esta práctica si se aplica tanto el principio de igualdad ante la ley como el de autonomía (Martínez Leon, Asencio Villahoz, Camino Martínez, Henar Torres, & Quiapo Burón, 2014).

Colombia, permite la eutanasia a partir de la emisión de una sentencia de la Corte Constitucional en la que se dispuso al Ministerio de Salud, elaborar un protocolo para dicha práctica en adultos y niños a partir de los 6 años. El caso es valorado por un psiquiatra o un psicólogo y, luego, aprobado por un comité. (Velasco Bernal, Trejo , & Galán , 2021)

“Según el artículo 38 del Código de Ética Médica francés “nadie tiene derecho de causar la muerte deliberadamente” por lo que la eutanasia sigue siendo ilegal en Francia.” (Jiménez García, Granados Bolívar, & Fernandez Morena, 2015)

Francia publicó una ley en el 2005, en la que se hace referencia a los enfermos terminales, se la denominó Ley Leonetti, también conocida como la ley de “dejar morir”. Esta preceptiva permite a los médicos a suministrar tratamientos que permitan aliviar el sufrimiento a pesar de que el efecto colateral de su aplicación ocasione la muerte del paciente; es, en suma, una sedación paliativa, cuya principal condición es que el sujeto padezca una enfermedad grave, incurable y en fase avanzada o terminal (Martínez Leon, Asencio Villahoz, Camino Martínez, Henar Torres, & Quiapo Burón, 2014).

Se puede observar en Francia una preferencia por los cuidados paliativos, la eutanasia está calificada como asesinato y puede ser castigada hasta con la aplicación de cadena perpetua.

Italia y Portugal muestran una tónica similar: en los dos países se condena la eutanasia y, en Portugal, también se fortalece la figura de los cuidados paliativos. El testamento vital en

este país aprueba que las personas elijan, en forma anticipada, la manera en la que quieren que se les apliquen dichos cuidados y si, en algún caso, desean que se suspenda su tratamiento (Martínez Leon, Asencio Villahoz, Camino Martínez, Henar Torres, & Quiapo Burón, 2014).

Si bien, en el año 2005, un Comité de la Cámara de los Loes en Reino Unido, publicó un proyecto para normar la muerte asistida en la enfermedad terminal, este no ha sido aprobado aún, por lo tanto, el asistir a una persona para que se suicide y la eutanasia, se consideran delitos (Jiménez García, Granados Bolívar, & Fernandez Morena, 2015).

Reino Unido es el lugar en donde se originan los cuidados paliativos. Allí se realiza una marcada diferencia entre cuidar y matar, de aquí nace el movimiento “*Care not Killing*” (cuidar no es matar), que agrupa a varias asociaciones que se oponen a cualquier iniciativa legislativa relacionada con permitir la eutanasia o el suicidio asistido. Al igual que en Portugal, se permite la interrupción de la atención en casos específicos (Martínez Leon, Asencio Villahoz, Camino Martínez, Henar Torres, & Quiapo Burón, 2014).

En Canadá, a partir del año 2016 se permiten la eutanasia y el suicidio asistido para enfermos terminales y, no para quienes no padezcan enfermedad terminal, si es que luego de 90 días se reafirman en su decisión. Es una práctica reservada para adultos que cuenten con la información extendida por parte de su médico y debe existir el criterio de un segundo galeno. (Velasco Bernal, Trejo , & Galán , 2021)

3.4. La más reciente ley europea sobre eutanasia y suicidio asistido

En orden cronológico, la última ley aprobada en Europa, sobre la eutanasia y el suicidio asistido, se implementó en España, es Ley la Orgánica 3/2021, de 24 de marzo de 2021. A continuación, se expone un análisis sobre dicha ley, basado -principalmente- en la ponencia del Dr. Alejandro López Oliva, presentada en la jornada “¿Muerte digna o vida digna?”, organizada por El Observatorio de Bioética de la Universidad Católica de Valencia, el 29 de septiembre de 2021. Se ha seleccionado esta ponencia, además de su pertinencia y claridad, debido a que realiza una verificación comparativa en la que se refiere a las leyes de otros Estados, en el mismo ámbito, lo que permitirá enfocarnos en la hipótesis planteada en el presente estudio.

Se ha criticado mucho el momento y la forma en que esta Ley fue implementada en España, pues se aprobó en plena pandemia y sin el cumplimiento de algunas formalidades, tales como que, a pesar de ser una iniciativa del gobierno de España, se la ha canalizado como una propuesta del partido socialista, en consecuencia: no se consultó al Consejo de Bioética, ni a la Comisión Permanente de Consejo de Estado, ni al Consejo General del Poder Judicial. Se agrega que la ley fue tramitada sin que se conceda el periodo de audiencia pública, sin convocar un referéndum, sin una visión científica objetiva que valore la propuesta legal (López Oliva, 2021).

A pesar de las críticas, en su preámbulo, se indica que la Ley da respuesta a una demanda sostenida de la sociedad. En este documento normativo se hace referencia a un derecho que no existe, cual es el de exigir que se provoque la propia muerte; esto nos conduce, una vez más, a lo planteado en el capítulo anterior y hará parte de nuestras conclusiones; es preciso percatarse de cómo migra la humanidad, a partir del derecho humano a la salud, que conlleva al anhelo de no sentir dolor, abriéndose al derecho de elegir el momento de morir (Jefatura del Estado Español, 2021).

El objeto de la ley española consiste en las condiciones exigidas para solicitar y recibir la ayuda necesaria para morir, y se titula “Regulación de Eutanasia”; sin embargo, la Ley abarca tanto la despenalización del homicidio bajo ciertas condiciones, como el suicidio legal con la ayuda de personal sanitario (López Oliva, 2021).

En el artículo 5 de la Ley Española de Regulación de Eutanasia, se contempla los requisitos para tener acceso a la prestación de ayuda para morir:

“a) Tener la nacionalidad española o residencia legal en España o certificado de empadronamiento que acredite un tiempo de permanencia en territorio español superior a doce meses, tener mayoría de edad y ser capaz y consciente en el momento de la solicitud.

b) Disponer por escrito de la información que exista sobre su proceso médico, las diferentes alternativas y posibilidades de actuación, incluida la de acceder a cuidados paliativos integrales comprendidos en la cartera común de servicios y a las prestaciones que tuviera derecho de conformidad a la normativa de atención a la dependencia.

c) Haber formulado dos solicitudes de manera voluntaria y por escrito, o por otro medio que permita dejar constancia, y que no sea el resultado de ninguna presión externa, dejando una separación de al menos quince días naturales entre ambas.

Si el médico responsable considera que la pérdida de la capacidad de la persona solicitante para otorgar el consentimiento informado es inminente, podrá aceptar cualquier periodo menor que considere apropiado en función de las circunstancias clínicas concurrentes, de las que deberá dejar constancia en la historia clínica.

d) Sufrir una enfermedad grave e incurable o un padecimiento grave, crónico e incapacitante en los términos establecidos en esta Ley, certificada por el médico responsable.

e) Prestar consentimiento informado previamente a recibir la prestación de ayuda para morir. Dicho consentimiento se incorporará a la historia clínica del paciente” (Jefatura del Estado Español, 2021).

También se contempla la posibilidad de, en el caso de estar inconsciente o de no estar en pleno uso de sus facultades, se podrá proceder conforme lo que haya determinado en un testamento vital.

No se distingue que la enfermedad o el padecimiento crónico sea permanente, por lo que la incapacidad podría ser temporal. El acceso a la práctica de la asistencia a morir, en caso de que el paciente esté incapacitado, la puede ejecutar un tercero, sin necesidad de haber sido nombrado por el paciente, o la puede realizar el propio médico.

Resulta llamativo que, en España, se ha decidido impedir que, sobre aquello, los familiares o allegados del paciente tengan información, o realicen seguimiento de la solicitud; de tal manera que el procedimiento se lleva a cabo entre el paciente, el médico responsable y un médico consultor, salvo que el paciente así lo indique expresamente, tras la segunda solicitud. Antes de la segunda solicitud, los médicos no pueden poner en conocimiento de los familiares o allegados del paciente, la solicitud de ayuda para morir. No se plantea un espacio de debate entre el médico y los allegados del paciente.

Tampoco se ha estipulado un sistema de control judicial. Sólo existe la posibilidad, por parte del paciente, de interponer recursos judiciales cuando se le ha negado la eutanasia, pero ningún familiar o cercano puede acceder a recurso alguno que impugne la decisión practicar la eutanasia (López Oliva, 2021).

En el ámbito de la objeción de conciencia, la puede realizar cualquier profesional de salud que forme parte del proceso, pero deberán estar registrados previamente como objetores.

La calificación legal de la muerte por eutanasia en España, será la de “Muerte Natural”; es decir, así constará en la partida de defunción o sus documentos análogos, cuando se trate de establecer la causa de la muerte, esto, sumado a la no comunicación con los familiares, logrará, en algunos casos, que los allegados no conozcan que al paciente se le practicó la eutanasia.

Al comparar con algunas de las legislaciones anteriores expuestas, se puede evidenciar que, en Luxemburgo, a diferencia de España, la ley de la eutanasia fue implementada junto a una ley de cuidados paliativos, los que están garantizados para toda persona que los requiera. En Luxemburgo, salvo pedido del paciente, el médico tiene la posibilidad de intercambiar ideas con los familiares, más -como observamos previamente-, en España, el paciente debe dar su consentimiento expreso, para que el médico comunique a los familiares o cercanos. En Luxemburgo, la comisión de control, solicita cada cinco años, la confirmación de la voluntad de quien haya declarado que requiere ayuda para morir, a través de un testamento vital; en España no es necesario reafirmar, en ningún momento, la voluntad manifestada en el testamento vital (López Oliva, 2021).

En Canadá, el médico debe asegurarse, en todo momento, que la persona conozca que puede retractarse de su decisión para recibir ayuda para morir. Hay la revisión de una comisión que analiza exhaustivamente los casos en los que se le vaya a practicar eutanasia a menores, a personas con enfermedades mentales, a quienes hayan dejado testamentos vitales y a los discapacitados, para determinar si se han ofrecido los suficientes cuidados paliativos y si no se está incurriendo en algún delito (López Oliva, 2021).

Encontramos que la última legislación europea, la española, abre el espacio, tanto a la eutanasia como al suicidio asistido; de alguna manera, une las otras posiciones de las legislaturas de sus similares: permite la eutanasia, por ejemplo, como lo hace la legislación de Bélgica o la

de Países Bajos, e incluye la posición suiza o la alemana, las cuales permiten que se asista a un suicidio. Lo más llamativo, quizás, es ese deseo de evitar el criterio de los allegados del paciente, lo cual, en otros sistemas, funge como un llamado de conciencia que a menudo se decanta por la vida del paciente, son sus familiares y sus seres amados los que suelen tomar partido a favor de la vida y al acallarlos o anteponer trámites burocráticos para que se permita su participación, sin lugar a duda, se facilita la opción por la muerte, para poner fin al sufrimiento del paciente.

Hemos expuesto exhaustivamente una visión profunda, además de la trayectoria histórica, en el mundo, acerca del dolor; también precisamos el momento, o la causa, por la que el mundo empieza a reclamar un derecho -no proclamado expreso, por cierto- al alivio del dolor; topamos diversos matices acerca de la muerte; miramos la realidad legislativa mundial en torno a la eutanasia y al suicidio asistido; nos detuvimos, con especial énfasis, -desde el Derecho- en el país “pionero” de tan sensible temática, y recorrimos, en el contexto jurídico, otros países europeos sobre el asunto de la muerte asistida. Se vuelve pertinente entonces, con esas bases y elementos, esbozar las conclusiones acerca de esta materia que, por compleja y extensa, no dejará de mostrarse siniestra y oscura.

Las conclusiones enunciadas a continuación nos conducen a tres planteamientos principales: primero, qué rumbo ha tomado la mirada que la humanidad tiene frente al sufrimiento; segundo, de qué manera aquella posición del mundo nos ha conducido a aceptar la muerte como escapatoria al dolor; y, tercero, esclarecer si esta postura, nos está conduciendo a la potestad humana de decidir cuándo, en qué momento, y bajo qué parámetros, nos atribuimos la facultad para poner fin a la vida, tanto a la propia como a la de quienes juzguemos sufrientes sin remedio.

CONCLUSIONES

Es innegable que la lucha contra el dolor, como se ilustra en esta tesis, es una de las actividades que acompañan al ser humano a lo largo de su historia; se ha descrito cómo, a través de cada etapa, las personas procuraron una lucha contra el sufrimiento y la enfermedad. También se pudo identificar que, la lucha contra el dolor, no es solamente patrimonio de nuestro instinto de sobrevivencia, sino que existen principios éticos que rigen esta contienda.

El primer principio ético de la lucha contra el dolor es el principio de benevolencia: el ocasionar el bien del otro; sin duda, es el principal componente del enfrentamiento contra el dolor. Cada uno de los siguientes tres principios son el andamiaje ético que sustenta la permanente reyertera del ser humano contra el sufrimiento.

Al principio de la benevolencia le sigue el principio de autonomía; es el que se evoca con mayor frecuencia cuando se acude a la muerte como una forma de contrarrestar el dolor; incita al personal sanitario a mantener informado al paciente del estado de su salud y, sobre todo, a participar en las decisiones sobre el camino terapéutico a seguir ante su dolencia. Este principio es determinante en las legislaciones en las que se decide poner fin a la vida de un sujeto, con la finalidad de aplacar su sufrimiento; se podría decir que es en el que contrarresta la conducta humana que, con tal de evitar el sufrimiento es capaz de ocasionar la muerte, bajo el sofisma de que “soy dueño de mi cuerpo, en consecuencia, decido sobre aquel y, si mi decisión es la de no vivir más, deberá ser respaldada por mi familia y por el Estado, en virtud del principio de autonomía”.

El tercer principio ético, referente en el alivio del dolor, es el de no maleficencia. Para efecto de estas conclusiones, la perspectiva jurídica nos asiste para evidenciar la divergencia entre el derecho a la salud y el derecho al alivio del dolor.

El derecho a la salud es un derecho humano, proclamado como tal, en el artículo 25 de la Declaración de los Derechos Humanos, reafirmado en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que dispone a los Estados parte reconocer, a toda persona, el disfrute más alto del nivel de salud física y mental. En estos dos precedentes del derecho internacional, reconocemos cómo se desprende el alivio del dolor del derecho humano a la salud; pero, sin duda, existe una discrepancia de éste, pues, otro factor inherente al derecho

a la salud es el derecho a la vida, así lo resalta el artículo 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el propio artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, cuando se refiere a la reducción de la mortalidad como una de las metas de los Estados.

El principio de no maleficencia, comprendido como aquel que nos impide realizar una acción cuya finalidad sea la de ocasionar daño a alguien más, podemos observar un desvarío, tanto ético como jurídico, que han tomado los Estados que permiten la muerte como opción “legal” al sufrimiento; pues, si bien se desprende el alivio del dolor del derecho universal a la salud, no se puede pensar en la muerte como una práctica para conseguir la salud de nadie.

Como conclusión de las dos primeras partes de este trabajo, se puede afirmar que, debido a la visión del mundo moderno, que rechaza a toda costa el sufrimiento, tanto propio como ajeno, se ha extraviado el auténtico derecho al alivio del dolor, que proviene del derecho humano a la salud, convirtiéndolo en un derecho per sé, así sea que, para esto, se permita la alternativa legal de ocasionar -u ocasionarse- la muerte, con tal de aliviar el sufrimiento.

¿La eutanasia y el suicidio asistido, surgen en las legislaciones de varios países, como una nueva faceta del ser humano en su histórica lucha contra el dolor?

Es evidente que, en la perenne lucha del humano contra el dolor, algunas sociedades del mundo han legalizado la práctica de la eutanasia y el suicidio asistido y que, con otras “conquistas” - más ideológicas que de derecho-, poco a poco, se van adhiriendo más naciones a este cometido. En definitiva, la eutanasia y el suicidio asistido sí surgieron en las legislaciones de distintos países a manera de medios para la lucha del ser humano contra el dolor.

¿Estas normas se han mantenido estáticas o también han experimentado saltos, evoluciones o involuciones en las naciones en las que se han implementado?

La última ley europea, como queda establecido en párrafos anteriores, pretende restar filtros a la letal práctica, como es el caso del control judicial con el que sí cuentan sistemas de otros países, negando, con ese artificio, la posibilidad a los allegados para acometer acciones judiciales a fin de impedir la eutanasia o el suicidio.

Si a lo relatado se le añade el que ya no existe límite de edad para la práctica de la eutanasia en Países Bajos y que, en algunos casos, los propios jóvenes pueden decidir sobre su muerte, sin requerir la autorización de sus padres, es evidente que este transitar de la legislación, se ha tornado en algo mucho más versátil que al inicio, se demuestra entonces que las normas han experimentado saltos que cada vez las tornan más flexibles, favoreciendo la voluntad de quienes pretenden morir para evitar el dolor.

¿Dicha evolución o involución de las normas respecto a la eutanasia y al suicidio asistido, nos están conduciendo al surgimiento del derecho a elegir el momento de morir?

Esta dinámica es la que va moldeando las legislaciones de distintos países, abriendo la posibilidad de la eutanasia o el suicidio asistido a nuevos requirentes, como es el caso de los menores de edad, de personas que padecen una enfermedad mental o un sufrimiento moral insoportable.

Esta práctica, basada en el principio de justicia, es posible que ya se haya tornado en aquella avalancha o pendiente resbaladiza que no podrá detenerse; pues, lógicamente, se irá facilitando ponerle fin a la vida, cada vez, a más personas que aleguen tener un sufrimiento intolerable.

Para efectos de este ejercicio investigativo, se ha seleccionado el caso de Países Bajos como un elemento central, porque fue la primera ley que permitió la eutanasia en Europa y por considerarlo un claro ejemplo del trayecto, cada vez más permisivo, que asumen las normativas que permiten la muerte para evitar el sufrimiento humano, además de ser un recorrido muy ilustrativo porque abarca casos, fallos judiciales y ley. Parece una realidad lejana a la nuestra, pero en los últimos años, se ha constatado como este tipo de tópicos, que a momentos parecen ser parte de agendas ideológicas, se disgregan rápidamente por el mundo, recorriendo, por lo general, caminos muy similares.

En la legislación de Países Bajos, hemos observado cómo, paulatinamente, ha ido abriendo el abanico de opciones dentro de su legislación. Quizás de un modo más acelerado, la sociedad suiza, ha permitido democratizar la práctica del suicidio asistido, llegando al extremo de automatizar el procedimiento, a través de una cabina de suicidios a la que, conforme la práctica actual, tendrían acceso las personas, sin perjuicio de su nacionalidad, residencia o proveniencia.

En menos de un siglo, a partir de que se trataron casos en Suiza o en Países Bajos, se ha visto cómo la opción de morir ante el sufrimiento, es accesible -cada vez- a más personas; ya no se impone para aquello, condiciones de nacionalidad, edad o estado de salud y se precipita vertiginosamente por un plano inclinado que, de seguir su curso, consentirá, con el pasar de los años, a la humanidad la posibilidad “legal” de sentenciar el fin de su existencia.

BIBLIOGRAFÍA

- Agencias Holanda El País. (21 de Abril de 1993). <https://elpais.com/diario>. Obtenido de https://elpais.com/diario/1993/04/22/sociedad/735429606_850215.html
- Álvarez - Del Río, A. (2014). Eutanasia y suicidio médicamente asistido ¿Cuál es el problema? *Revista de Investigación Clínica*, 282-287. Obtenido de www.medigraphic.com.
- Asamblea General de la ONU. (16 de DICIEMBRE de 1966). www.ohchr.org. Obtenido de [/https://www.ohchr.org/sites/default/files/cescr_SP.pdf](https://www.ohchr.org/sites/default/files/cescr_SP.pdf)
- ASAMBLEA, O. (19 de JULIO de 2022). www.ohchr.org. Obtenido de www.ohchr.org: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-civil-and-political-rights>
- Ferrer, I. (23 de Junio de 2021). La ley holandesa de eutanasia suma un respaldo del 87% al cumplir 20 años. *El País*, págs. <https://elpais.com/sociedad/2021-06-24/la-ley-holandesa-de-eutanasia-suma-un-respaldo-del-87-al-cumplir-20-anos.html>.
- Frankl, V. E. (1991). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.
- Ibarra, E. (2006). Una nueva definición de dolor un imperativo en nuestros días. *Sociedad española del dolor*, 65-72.
- Jefatura del Estado Español. (25 de marzo de 2021). *Boletín Oficial del Estado*. Obtenido de Boletín Oficial del Estado: <https://www.boe.es/boe/dias/2021/03/25/pdfs/BOE-A-2021-4628.pdf>
- Jiménez García, Á., Granados Bolívar, M., & Fernandez Morena, C. (2015). *Revisión legislativa de la eutanasia, suicidio asistido y muerte digna en Europa*. Obtenido de Biblioteca Lascasas: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0821.php>
- LEWIS, C. (2016). *El Problema del Dolor*. Madrid: Rialp.
- López Oliva, A. (2021). Análisis de las cuestiones legales de la Ley 3/2021. *¿Muerte digna o vida digna?* Valencia .
- Martínez Caballero, C., Collado Collado, F., Rodríguez Quintosa, J., & Moya Riera, J. (2015). El alivio del dolor: un derecho humano universal. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 224-230.
- Martínez Leon, M., Asencio Villahoz, P., Camino Martínez, L., Henar Torres, M., & Quiapo Burón, D. (12 de Marzo de 2014). dialnet.unirioja.es. Obtenido de dialnet.unirioja.es: <file:///C:/Users/user/Downloads/Dialnet-AnalisisEticoYMedicolegalDeLaEutanasiaEnLaUnionEur-5361610.pdf>

- Martínez Llorca, F. (2011). La muerte. *Duererías*, 1.
- O'Dea, C. (11 de diciembre de 2021). *swissinfo.ch*. Obtenido de [swissinfo.ch](https://www.swissinfo.ch/spa/una-c%C3%A1psula-que-ayuda-a-morir-sin-asistencia-de-terceros/47144184):
<https://www.swissinfo.ch/spa/una-c%C3%A1psula-que-ayuda-a-morir-sin-asistencia-de-terceros/47144184>
- ONU, A. G. (1948). *www.un.org*. Obtenido de [www.un.org](http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/): <http://www.un.org/en/universal-declaration-human-rights/>
- ONU, A. (14 de Julio de Recuperado 2022). <https://www.ohchr.org>. Obtenido de <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights>
- Pérez Cajaraville, J., Abejón, D., Ortíz, J., & Pérez, J. (2005). El dolor y su tratamiento a través de la historia. *Revista de la Sociedad Española del dolor*, 373-384.
- Pro Velasco, M. L. (2020). Reflexiones sobre el sentido del dolor, el sufrimiento y la muerte. *Cuadernos de Bioética*, 377-386.
- Public Health Division, Center for Health Statistics. (2021). *www.oregon.gov*. Obtenido de www.oregon.gov:
<https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/year23.pdf>
- Robla, S. (20 de Abril de 2002). El Modelo de Eutanasia Holandés. *El País*, pág.
https://elpais.com/diario/2002/04/21/sociedad/1019340003_850215.html.
- Taboada R, P. (2000). El derecho a morir con dignidad. *Acta Bioética*, 89-101.
- Trueba, J. (2007). Clinical death: A Diagnosis and a Testimony. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 57-70.
- Truyols Taberner, M. M., Pérez Pareja, J., Medinas Amorós, M. M., Plamer Pol, A., & Sesé Abad, A. (2008). Aspectos psicológicos relevantes en el estudio y el tratamiento del dolor crónico. *Clínica y Salud*, 295-320.
- Velasco Bernal, C., Trejo, J. M., & Galán, G. (MAYO de 2021). *ELSEVIER.ES*. Obtenido de <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0212656721002043?token=D545FEA5ED6CAB4B12BEA88E47073F86DCB04432066E1661E6881E3A071A59BC0BD4D44856A84D1640C15DFAF5255194&originRegion=us-east-1&originCreation=20221128170523>