
Amnistía Internacional

Ejecución por inyección letal

Un cuarto de siglo de muertes por envenenamiento a manos del Estado

Octubre de 2007

Resumen

Índice AI: ACT 50/007/2007

<http://web.amnesty.org/library/Index/ESLACT500072007>

Amnistía Internacional se opone sin reservas a la pena de muerte, por considerarla una violación del derecho a la vida y del derecho a no sufrir tortura o tratos crueles, inhumanos o degradantes. El método empleado en la ejecución no afecta en nada a esta posición ya que, en opinión de Amnistía Internacional, el problema no reside en el *método* de ejecución, sino en la pena misma.

Sin embargo, la inyección letal como método de ejecución plantea motivos de preocupación especiales. Entre ellos, los siguientes:

- *Pretende desviar la atención del carácter cruel, inhumano y degradante de la pena de muerte.* Al centrar la atención en la supuesta reducción del dolor padecido durante la ejecución por inyección letal, los defensores de este método hacen caso omiso del sufrimiento infligido a los presos a lo largo de todo el proceso que rodea la pena capital.
- *El potencial de este método para causar sufrimiento físico.* En Estados Unidos, varias ejecuciones se han llevado a cabo de forma inadecuada y han causado sufrimiento, en ocasiones prolongado, a la víctima. Además, varios recursos judiciales recientes se basaban en los problemas inherentes al método; en particular, que puede inyectarse un anestésico inadecuado y que el uso de un agente paralizante en la mezcla letal puede enmascarar el sufrimiento causado a la persona durante la ejecución, ya que ésta, al encontrarse inmovilizada, sería incapaz de dar muestras de malestar o dolor. Para evitar que algo de esto suceda, es necesario poseer un alto nivel de conocimientos médicos.
- *La participación de profesionales de la salud en las ejecuciones.* Prácticamente la totalidad de los códigos de ética profesional que se ocupan de la pena de muerte se oponen a la participación de personal médico o de enfermería en las ejecuciones. A pesar de ello, muchos estados que aplican la pena de muerte tienen normativas que especifican que en las ejecuciones deben estar presentes profesionales de la salud que, en algunos casos, participan de hecho en la ejecución. La medicalización de la inyección letal puede dar una imagen de efectividad clínica, pero sólo los médicos especialistas con formación adecuada pueden limitar el riesgo de una ejecución

fallida. Aparte de que estas personas pueden no desear desempeñar esa función, la ética profesional les prohíbe hacerlo.

La ejecución mediante inyección letal se utilizó por vez primera en Estados Unidos. Se introdujo en la legislación estatal de Estados Unidos hace 30 años y la primera ejecución mediante este método tuvo lugar en 1982. Desde entonces, en Estados Unidos han sido ejecutados más de 900 presos y la inyección letal prácticamente ha sustituido al resto de los métodos: electrocución, ahorcamiento, cámara de gas o fusilamiento. Durante los 20 años siguientes, otros gobiernos lo adoptaron; es el caso de Taiwán, China, Guatemala, Filipinas y Tailandia. Otros países como India, Papúa Nueva Guinea y Vietnam están estudiando la posibilidad de introducir este método de ejecución.

Amnistía Internacional opina que toda ejecución viola los derechos humanos fundamentales. En consecuencia, la organización tiene el compromiso de poner fin a las ejecuciones, mediante inyección letal o por cualquier otro método. Cualquier posible incremento del número de ejecuciones o del apoyo a la pena de muerte como consecuencia del uso de la inyección letal es motivo de grave preocupación. El aumento de la presión sobre los profesionales de la salud para que participen en las ejecuciones también plantea graves motivos de preocupación éticos y de derechos humanos. Este informe repasa las ejecuciones mediante inyección letal a lo largo del último decenio.

Este texto resume el documento titulado *Ejecución por inyección letal: un cuarto de siglo de muertes por envenenamiento a manos del Estado* (Índice AI: ACT 50/007/2007), publicado por Amnistía Internacional en septiembre de 2007. Si desean más información o emprender acciones al respecto, consulten el documento completo. En el sitio web <http://www.amnesty.org> encontrarán una amplia selección de materiales de AI sobre éste y otros asuntos. Los comunicados de prensa de la organización pueden recibirse por correo electrónico solicitándolo en la dirección:

http://www.amnesty.org/email/email_updates.html

SECRETARIADO INTERNACIONAL, 1 EASTON STREET, LONDON WC1X 0DW, REINO UNIDO

Traducción de Editorial Amnistía Internacional (EDAI), España

Amnistía Internacional

Ejecución por inyección letal

Un cuarto de siglo de muertes por envenenamiento a manos del Estado



Octubre de 2007

Índice AI: ACT 50/007/2007

<http://web.amnesty.org/library/Index/ESLACT500072007>

SECRETARIADO INTERNACIONAL, 1 EASTON STREET, LONDON WC1X 0DW, REINO UNIDO

Traducción de Editorial Amnistía Internacional (EDAI), España

Ejecución por inyección letal. Un cuarto de siglo de muertes por envenenamiento a manos del Estado

No table of contents entries found.

Ejecución por inyección letal

Un cuarto de siglo de muertes por envenenamiento a manos del Estado

Según un informe aparecido en la prensa, “24 minutos después de recibir la primera inyección, Ángel Díaz se movía, hacía muecas, parpadeaba, se pasaba la lengua por los labios, resollaba y parecía querer articular palabras”. Se administró una segunda dosis para completar la ejecución. Transcurrida más de media hora desde el inicio de la ejecución, un médico que ocultaba el rostro con una capucha azul entró en la sala de ejecución para comprobar las constantes vitales de Ángel Díaz. Regresó un minuto después, volvió a comprobar las constantes e hizo una seña a un miembro del equipo. Entonces se anunció a los testigos que la ejecución se había llevado a cabo.¹

Introducción

Durante más de dos siglos, los modos de llevar a cabo las ejecuciones han variado, desde los métodos diseñados para infligir y maximizar el sufrimiento de los presos víctimas de homicidio judicial, hasta el enfoque funcional adoptado por la mayoría de los gobiernos modernos que aplican la pena capital. Estos ponen el énfasis en la muerte del preso y no en acentuar el sufrimiento inherente al proceso de ejecución.²

En la Inglaterra del siglo XVIII, los autores de algunos delitos eran ejecutados mediante un método que combinaba ahorcamiento, destripamiento y descuartizamiento. Se colgaba al preso por el cuello sin dejarlo morir y luego se le extraía parte de los intestinos, que se quemaba ante sus ojos. Después le cortaban la cabeza, lo descuartizaban y los trozos eran expuestos públicamente. Países como Irán y Arabia Saudí siguen infligiendo sufrimiento de manera intencionada empleando métodos de ejecución especialmente crueles, como la lapidación. En Irán, la ley establece que “en la pena de lapidación hasta la muerte, las piedras

¹ Ejecución de Ángel Díaz, Florida, Estados Unidos, diciembre de 2006. Amnistía Internacional. Acción Urgente, Índice AI: AMR 51/198/2006, 14 de diciembre de 2006. (Véase *infra*, página 9.)

² Debe recordarse que los países que utilizan la pena de muerte son ya comparativamente raras excepciones: en 2005 sólo 23 naciones llevaban a cabo ejecuciones, y en 2006 la cifra era de 25. (De éstos, sólo seis –China, Irán, Pakistán, Irak, Sudán y Estados Unidos– ejecutaron más de 50 presos cada uno, y juntos suponían el 91 por ciento de todas las ejecuciones registradas; China ejecuta más presos que el resto de los países juntos. Además, Arabia Saudí decapitó en público a un mínimo de 39 presos – es el único país que sigue aplicando sistemáticamente este método– y, junto a los 18 países restantes, suponían sólo el 9 por ciento de las ejecuciones globales en 2006.) Pueden encontrarse datos estadísticos sobre la pena de muerte en: <http://web.amnesty.org/pages/deathpenalty-index-esl>.

no deben ser ni tan grandes como para que la persona muera de una o dos pedradas ni tampoco tan pequeñas como para que no puedan ser consideradas piedras”.³

Sin embargo, algunas naciones como Estados Unidos y Reino Unido en ocasiones han intentado que los métodos de ejecución fuesen menos propensos a fallar o a infligir sufrimiento gratuito. En Reino Unido, a finales del siglo XIX, una comisión gubernamental formuló una serie de recomendaciones para garantizar una muerte rápida por ahorcamiento y evitar los inciertos y crueles resultados de este método que habían motivado la investigación (por un lado, la muerte lenta por estrangulamiento y, por otro, la decapitación del condenado).⁴

En 1889, el estado de Nueva York se convirtió en la primera jurisdicción en introducir la electrocución como método de ejecución más científico, a raíz de la preocupación causada por la cantidad de ahorcamientos en los que el preso tardaba mucho tiempo en morir. La propuesta de utilizar electricidad provocó disputas legales entre las compañías Edison y Westinghouse, que promovían, respectivamente, el uso de corriente continua y corriente alterna. Después de la primera electrocución en 1890, el doctor Alfred Southwick, presidente del comité que recomendaba el uso de la silla eléctrica, al parecer afirmó: “a partir de hoy vivimos en una civilización superior”⁵, mientras que, según los informes, Thomas Edison “criticó a los médicos y dijo que había sido un error permitir que estos llevaran a cabo la ejecución”⁶, ya que fue necesario aplicar más de una descarga para completar la ejecución.

Posteriormente se introdujeron nuevos métodos de ejecución. En Estados Unidos, el envenenamiento por gas se adoptó en 1921 y llegó a ser utilizado en 11 estados.⁷ En 1977, la inyección letal se propuso y adoptó en Oklahoma y Texas y después en otros Estados.⁸

Otros países también han intentado hacer la ejecución más aceptable. Tailandia, que había introducido la decapitación como método de ejecución en 1908, la sustituyó en 1934 por el pelotón de fusilamiento. Este método fue sustituido a su vez en 2003 por la inyección letal.

Amnistía Internacional se opone sin reservas a la pena de muerte, por considerar que viola el derecho a la vida y el derecho a no sufrir tortura o tratos crueles, inhumanos o degradantes. El método de ejecución no afecta en modo alguno a esta postura ya que, en opinión de Amnistía Internacional, el problema no reside en el **método** de la ejecución, sino en el propio castigo .

³ Amnistía Internacional. Acción Urgente. *Irán: Temor de ejecuciones inminentes por lapidación*. Índice AI: MDE 13/006/2002.

⁴ *Capital Sentence Committee Report*, Londres, 1888. Archivo Nacional, HO 144/212/A48697.

⁵ Citado por Beichman A. “The first electrocution”. *Commentary*, 1963, 35:410-9. Cita de p. 417.

⁶ *Ibid.*, p. 418.

⁷ Véase Bedau H. *The Death Penalty in America*. Tercera Edición. 1982.

⁸ Para más información, véase Denno DW. “When legislatures delegate death: the troubling paradoxes behind state uses of electrocution and lethal injection and what it says about us”. *Ohio State Law Journal* 2002; 63: 63-128; Human Rights Watch. *So Long as They Die: Lethal Injections in the United States*. Nueva York, 2006. Disponible en: <http://hrw.org/reports/2006/us0406/>.

Sin embargo, la inyección letal como método de ejecución plantea motivos de especial preocupación. Entre ellos, los siguientes:

- *Pretende desviar la atención del carácter cruel, inhumano y degradante de la pena de muerte.* Al centrar la atención en la supuesta reducción del dolor padecido durante la ejecución por inyección letal, los defensores de este método hacen caso omiso del sufrimiento infligido a los presos a lo largo de todo el proceso asociado a la pena capital.
- *El potencial de este método para causar sufrimiento físico.* En Estados Unidos, varias ejecuciones se han llevado a cabo de forma inadecuada y han causado sufrimiento, en ocasiones prolongado, a la víctima. Además, varios recursos judiciales recientes se basaban en los problemas inherentes al método; en particular, que puede inyectarse un anestésico inadecuado y que el uso de un agente paralizante en la mezcla letal puede enmascarar el sufrimiento causado a la persona durante la ejecución, ya que ésta, al encontrarse inmovilizada, sería incapaz de dar muestras de malestar o dolor. Para evitar que algo de esto suceda, es necesario poseer un alto nivel de conocimientos médicos.
- *La participación de profesionales de la salud en las ejecuciones.* Prácticamente la totalidad de los códigos de ética profesional que se ocupan de la pena de muerte se oponen a la participación de personal médico o de enfermería en las ejecuciones. A pesar de ello, muchos estados que aplican la pena de muerte tienen normativas que especifican que en las ejecuciones deben estar presentes⁹ profesionales de la salud y, en ocasiones, estos participan de hecho en la ejecución. La medicalización de la inyección letal puede dar una imagen de efectividad clínica, pero sólo los médicos especialistas con formación adecuada pueden limitar el riesgo de una ejecución fallida. Aparte de que estas personas pueden no desear desempeñar esa función, la ética profesional les prohíbe hacerlo.

Amnistía Internacional opina que toda ejecución viola los derechos humanos fundamentales. En consecuencia, la organización está plenamente comprometida en poner fin a las ejecuciones mediante inyección letal o por cualquier otro método. Cualquier posible incremento del número de ejecuciones o del apoyo a la pena de muerte como consecuencia del uso de la inyección letal es motivo de grave preocupación. El aumento de la presión sobre los profesionales de la salud para que participen en las ejecuciones también plantea graves motivos de preocupación éticos y de derechos humanos. En este informe se hace un repaso de

⁹ Para una revisión general de la situación en Estados Unidos, véase: Denno DW. "When legislatures delegate death: the troubling paradoxes behind state uses of electrocution and lethal injection and what it says about us". *Ohio State Law Journal* 2002; 63:63-128; Denno DW. "The lethal injection quandary: how medicine has dismantled the death penalty". *76 Fordham Law Review* (2007) (próxima publicación).

las ejecuciones mediante inyección letal a lo largo del último decenio.¹⁰ Este año, cuando se cumplen 25 desde que tuvo lugar la primera ejecución por inyección letal,¹¹ Amnistía internacional renueva su llamamiento a los profesionales de la salud para que respeten los códigos éticos y los derechos humanos y no faciliten ni participen en los homicidios ordenados por el Estado.¹² También pide el fin de la pena de muerte y una respuesta al delito que refuerce los derechos humanos.

Información general

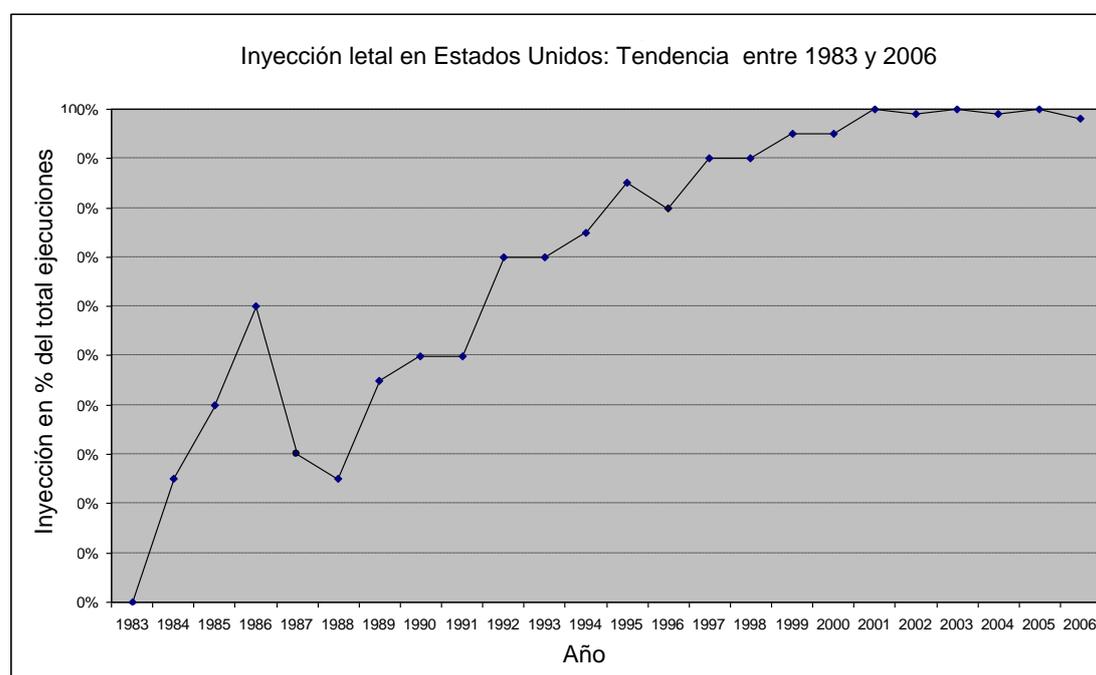
El método de ejecución por inyección letal se empleó por primera vez en Estados Unidos. Fue introducido en la legislación estatal estadounidense hace casi 30 años y la primera ejecución por este método se realizó en 1982. Desde entonces en Estados Unidos se ha ejecutado a más de 900 presos por inyección letal y esta forma prácticamente ha sustituido al resto de los métodos: electrocución, ahorcamiento, envenenamiento por gas y fusilamiento. (Véase el gráfico *infra*). Durante los 20 años siguientes, este método fue adoptado por otros gobiernos: Taiwán, China, Guatemala, Filipinas y Tailandia. Países como India, Papúa Nueva Guinea y Vietnam han debatido la posible introducción de este método de ejecución.

Uno de los argumentos que esgrimen los partidarios de la inyección letal es que este castigo es más humano que sus alternativas. En opinión de algunos, ello permite defender y promover con mayor facilidad las ejecuciones mediante inyección letal frente a otros métodos de ejecución. En la práctica, excepción hecha de Estados Unidos y China, el número de ejecuciones mediante inyección letal es muy reducido. Cuatro de los seis países cuya legislación permite las ejecuciones por inyección letal sólo han llevado a cabo un total de 14 ejecuciones desde 1997. La introducción de la inyección letal no ha conducido a una rápida expansión del uso de este método entre los países que llevan a cabo ejecuciones y tampoco, por lo que se puede observar, a un incremento en las ejecuciones en los países que utilizan el método (aunque esto es difícil de documentar). Sin embargo, en Estados Unidos la inyección letal es prácticamente el único método utilizado en la actualidad, y en China se emplea cada vez más (aunque el gobierno no proporciona datos). China, el país con la cifra anual de ejecuciones más elevada, utiliza de modo predominante el pelotón de fusilamiento como método de ejecución, aunque se está haciendo un intento serio de ampliar el uso de la inyección letal.

¹⁰ Véanse publicaciones anteriores de Amnistía Internacional sobre este asunto: Amnistía Internacional, *Lethal injection: the medical technology of execution*, Índice AI: ACT 50/001/1998, enero de 1998; y Amnistía Internacional, *Lethal injection – The medical technology of execution. Update September 1999*, Índice AI: ACT 50/008/1999, disponible en: <http://web.amnesty.org/library/Index/ENGACT500081999>.

¹¹ La primera ejecución por inyección letal, la de Charles Brooks, tuvo lugar el 7 de diciembre de 1982.

¹² Amnistía Internacional. *Declaration on the Participation of Health Personnel in the Death Penalty*, 1988; disponible en: <http://web.amnesty.org/pages/health-ethicsdpdeclaration-eng>.



La inyección letal plantea una serie de desafíos en materia de derechos humanos, especialmente el argumento que utilizan sus partidarios de que es un método de ejecución “humano”. Por otro lado, la adopción de la inyección letal como método de ejecución ha supuesto que los profesionales de la salud, es decir, las personas teóricamente comprometidas en preservar la vida siempre que sea posible, se conviertan en participantes imprescindibles en las ejecuciones.

Existen diversos protocolos para llevar a cabo ejecuciones mediante inyección letal, así como distintos niveles de participación de los médicos. Algo más de un tercio de las jurisdicciones que llevan a cabo ejecuciones –13 estados– cuentan con protocolos formales de ejecución, aunque algunos recursos judiciales presentados recientemente sugieren que en muchos casos el personal penitenciario no conoce los procedimientos y que éstos se aplican de un modo poco fiable. Veintisiete estados hacen referencia a la función del personal médico en las ejecuciones, aunque de nuevo la legislación y la función que se espera de los profesionales de la salud varían enormemente.¹³

En las ejecuciones mediante inyección letal, normalmente se inyecta a los presos una dosis masiva de tres compuestos químicos: tiopental sódico (también conocido con el nombre comercial de Pentotal), para inducir una anestesia general; bromuro de pancuronio, que causa la parálisis de los músculos, incluido el diafragma; y cloruro de potasio, que produce un paro cardíaco. La profesión médica ha expresado preocupación por el hecho de que, de aplicarse

¹³ Estos asuntos se discuten en profundidad en: Denno DW. “The lethal injection quandary: how medicine has dismantled the death penalty”. *76 Fordham Law Review* (2007) (próxima publicación).

una cantidad insuficiente de tiopental sódico (por ejemplo, debido a una dosis incorrecta de tiopental, a una inserción defectuosa de la vía o a la precipitación de las sustancias), la anestesia puede no ser tan profunda como se pretende o el efecto anestésico puede desaparecer antes de que se paralice el corazón del condenado, lo cual lo expondría a sufrir un dolor intenso cuando el cloruro de potasio penetra en las venas y produce el paro cardíaco. Debido a la parálisis muscular causada por el bromuro de pancuronio, a la persona ejecutada le resultaría imposible informar de la situación a quienes la rodean.

Esos problemas han motivado que la utilización de estos compuestos—empleados para ejecutar a seres humanos—esté prohibida para la eutanasia en animales. La asociación profesional que agrupa a los cirujanos veterinarios en Estados Unidos sostiene que el uso de bromuro de pancuronio es inaceptable para la eutanasia en animales domésticos. Por otro lado, la postura de la Asociación Americana de Medicina Veterinaria¹⁴ a este respecto es que la mezcla utilizada para la eutanasia en animales con pentobarbital de sodio no debe incluir un agente paralizante, y que para quitar la vida a un animal mediante una inyección de cloruro de potasio, es preciso que un profesional competente haya establecido un nivel quirúrgico de anestesia caracterizado por la “pérdida de respuesta a estímulos lesivos”.¹⁵ Desde entonces, el uso del bromuro de pancuronio para la eutanasia en animales está prohibido en varios estados, entre ellos Tennessee.¹⁶ En septiembre de 2003 entró en vigor una nueva ley en Texas que prohibía el uso de bromuro de pancuronio en la eutanasia de gatos y perros. Texas es el estado que utiliza con mayor frecuencia la inyección letal con humanos: unas 400 personas han sido ejecutadas mediante este método desde 1982.

¹⁴ Asociación Americana de Medicina Veterinaria (AVMA), “Directrices sobre la Eutanasia”, junio de 2007, p.12. Las Directrices se incluían anteriormente en el *2000 Report of the AVMA Panel on Euthanasia*. *JAVMA*, 2001; 218(5): 669-96, 1 de marzo de 2001.

¹⁵Ibíd. (“La combinación de [un barbitúrico] con un bloqueante neuromuscular —como el pancuronio— no es aceptable como método de eutanasia”, informe, p. 90.) La AVMA adjuntó una declaración a sus “Directrices sobre la eutanasia”, publicadas en 2007, para aclarar que su posición sobre la eutanasia con animales no representaba un comentario sobre la inyección letal en seres humanos. Véase http://www.avma.org/issues/animal_welfare/euthanasia.pdf (consultado el 19 de septiembre de 2007).

¹⁶ Véase la Ley de 5 de abril de 2001, ch. 194, 2001 Tenn. Pub. Acts 114. El preso condenado a muerte Abu-Ali Abdur’Rahman alegó que esta ley debía prohibir a sus verdugos la utilización de una mezcla de compuestos letales que contuviese bromuro de pancuronio. La Corte Suprema de Tennessee rechazó su argumentación afirmando que “la definición legal de animal no doméstico, tal y como aparece en el artículo 39-14-201(3), no incluye a los seres humanos” y, por tanto, no se aplica a las ejecuciones. Véase *Abdur’Rahman v Bresenden et al*, No. M2003-01767-SC-R11-CV, 17 de octubre de 2005, p.28a; disponible en <http://www.tsc.state.tn.us/opinions/tsc/capcases/Rahman/02172006/Abdur’Rahman Pet App final.pdf> .

Tabla 1: Cifra de inyecciones letales en relación con el número total de ejecuciones

País	Ejecuciones por inyección letal desde la adopción del método (a 31 de julio de 2007)	Número total de ejecuciones durante el mismo periodo
Estados Unidos	919 ¹⁷ [edad de los presos: de 23 a 77 años]	1084
China	Cientos, posiblemente miles*	25-30.000*
Guatemala	3	3
Filipinas	7	7
Tailandia	4	4
Taiwán	0	134

*La estimación de las ejecuciones en China se basa en fuentes extraoficiales ya que los datos gubernamentales son secretos; se cree que las cifras reales son considerablemente más elevadas.

Fallos en la ejecución

Los partidarios de la inyección letal la han defendido presentándola como un método de ejecución humano. Sin embargo, al igual que otros métodos, no siempre se desarrolla conforme a lo previsto. La primera ejecución que se llevó a cabo en Guatemala llevó más tiempo del esperado porque el personal médico participante tuvo dificultades para encontrar una vena. El procurador de los Derechos Humanos, Julio Arango, que asistió como observador a la ejecución, afirmó posteriormente: “Creo que todos tenemos la obligación de decir lo que pasó: le sangraban los brazos por todos lados. Creo que todos los que estuvimos allí sufrimos”.¹⁸

En diciembre de 2006, la ejecución fallida de Ángel Nieves Díaz en Florida, Estados Unidos, llevó al gobernador del estado, Jeb Bush, a ordenar la suspensión de las ejecuciones. Ángel Díaz, que había sido condenado a muerte en 1986 por un asesinato cometido en 1979, tardó 34 minutos en morir. Según el único informe de prensa sobre la ejecución, “24 minutos después de recibir la primera inyección, Ángel Díaz se movía, hacía muecas, parpadeaba, se pasaba la lengua por los labios, resollaba y parecía querer articular palabras”.¹⁹ Se administró una segunda dosis para completar la ejecución. Transcurrida más de media hora desde el inicio de la ejecución, un médico que ocultaba el rostro con una capucha azul entró en la sala de ejecución para comprobar las constantes vitales de Ángel Díaz. Regresó un minuto después, volvió a comprobar las constantes e hizo una seña a un miembro del equipo.

¹⁷ Centro de Información sobre la Pena de Muerte, Washington, DC, <http://www.deathpenaltyinfo.org>.

¹⁸ Amnistía Internacional. *La inyección letal: La tecnología médica de la ejecución. Actualización de septiembre de 1999*. Índice AI: ACT 50/008/1999.

¹⁹ Associated Press, 15 de diciembre de 2006.

Entonces se anunció a los testigos que la ejecución se había llevado a cabo.²⁰ El doctor William Hamilton, que realizó una autopsia al cadáver después de la ejecución, informó de que los catéteres de la inyección letal habían perforado las paredes anterior y posterior de las venas de los brazos de Ángel Díaz y habían atravesado los tejidos blandos subyacentes. Según su informe, el preso presentaba una quemadura química de 12 x 5 pulgadas (30 x 13 centímetros) en el brazo derecho y otra de 11 x 7 pulgadas (27 x 18 centímetros) en el brazo izquierdo.²¹

Varios presos condenados a muerte en el estado de Florida demandaron protección legal de urgencia después de la ejecución fallida, pidiendo al tribunal que “declarase que los procedimientos actuales de inyección letal vigentes en el estado de Florida violan la Enmienda VIII de la Constitución estadounidense [que prohíbe las penas crueles y desusadas] y la disposición correspondiente de la Constitución de Florida”.²²

En respuesta a la ejecución de Díaz, el gobernador saliente de Florida, Jeb Bush, emitió una declaración el 15 de diciembre de 2006 en la que afirmaba que había “dictado la Orden Ejecutiva 06-260, mediante la cual se creaba la Comisión para la Administración de la Inyección Letal [que] se encargará de revisar el método que usa el Departamento de Prisiones para administrar los protocolos de la inyección letal”. Su declaración continuaba así: “Espero con impaciencia que se revisen sin demora los protocolos de aplicación de la inyección letal en Florida, para garantizar que el método es acorde con la Enmienda VIII de la Constitución de Estados Unidos y su prohibición de los tratos crueles y desusados”.²³ La Comisión se creó rápidamente y presentó su informe al gobernador entrante, Charlie Crist, el 1 de marzo de 2007. En él recomendaba que el Departamento de Prisiones “estudiase la modificación de sus políticas y procedimientos por escrito [incluida] la puesta en práctica de un procedimiento general y sistemático para garantizar que las personas elegidas para el desempeño de estas funciones oficiales relacionadas con la ejecución mediante inyección letal poseen formación y cualificación adecuadas para llevar a cabo las tareas asignadas.”²⁴

En una declaración adjunta al informe, tres médicos miembros de la comisión afirmaron: “nos preocupa enormemente que esta tarea [la ejecución] pueda requerir el uso de personal médico”, y añadían: “No conocemos ningún otro caso en que el Estado utilice los servicios de

²⁰ Amnistía Internacional. Acción Urgente, Índice AI: AMR 51/198/2006, 14 de diciembre de 2006.

²¹ William F Hamilton MD. Informe de la autopsia realizada al cadáver de Ángel Díaz, 14 de diciembre de 2006. El informe menciona “zonas de [...] ampollas llenas de líquido [con] cambios eritematosos focales [área enrojecida e inflamada] en la piel circundante”, p.1.

²² *Lightbourne et al v. Crist et al.* Recurso extraordinario. Corte Suprema de Florida, 14 de diciembre de 2006. En septiembre de 2007, el juez Corven Angel revocó la suspensión de la ejecución de Lightbourne, afirmando que la ejecución de Ángel Díaz no implicó sufrimiento. (Véase *infra*, nota 23)

²³ Gobernador Jeb Bush. Declaración en relación con la Orden Ejecutiva 06-260, Florida, 15 de diciembre de 2006.

²⁴ Comisión del Gobernador sobre la Administración de la Inyección Letal. *Final Report with Findings and Recommendations*. 1 de marzo de 2007, p.9. Disponible en: <http://www.law.berkeley.edu/clinics/dpclinic/Lethal%20Injection%20Documents/Florida/lethalinjectionfinalreport.pdf> (consultado el 13 de marzo de 2007).

personas que operen fuera de los límites éticos de su profesión. Esta no es una situación deseable”.²⁵ El Departamento de Prisiones de Florida envió al gobernador Crist su respuesta a las recomendaciones del informe el 7 de mayo de 2007. En ella establecía sus tres principios rectores:

El Departamento debe anteponer el objetivo de una muerte humana y digna.

Si bien todo el proceso de la ejecución debe ser transparente, es necesario abordar los motivos de preocupación y los sentimientos de todas las personas implicadas.

*Sin vulnerar el resto de los principios, la duración de la ejecución no debe ser larga.*²⁶

Tabla 2: Casos conocidos de ejecución fallida por inyección letal en Estados Unidos desde 2000

Fecha	Nombre / estado	Información
13 de diciembre de 2006	Ángel Díaz, Florida	La inyección no encontró la vena; provocó quemaduras químicas en los brazos y se necesitaron dos inyecciones para provocar la muerte en 34 minutos. ²⁷
2 de mayo de 2006	Joseph Clark , Ohio	El personal técnico que participó en la ejecución tardó 22 minutos en encontrar una vena adecuada para insertar el catéter. La vena colapsó poco después del inicio de la inyección y el brazo de Clark comenzó a hincharse. Éste levantó la cabeza de la camilla de metal y repitió cinco veces: “No funciona. No funciona”. Entonces se corrieron las cortinas que rodeaban la camilla mientras los técnicos trabajaban durante 30 minutos para encontrar otra vena. Una autopsia encontró 19 marcas de pinchazos debidas a los intentos de establecer una vía intravenosa.

²⁵ Apéndice A del informe: “Declaración de los médicos”.

²⁶ Respuesta del Departamento de Prisiones al informe definitivo con resultados y recomendaciones de la Comisión del Gobernador sobre la Administración de la Inyección Letal, 7 de mayo de 2007, p.1.

²⁷ En un fallo en el que levantaba la suspensión de una ejecución en un caso no relacionado con éste, el juez Carven D. Angel (Florida) afirmó: “El tribunal rechaza el argumento de que la ejecución de Díaz no se desarrolló correctamente. El interno Díaz murió en un tiempo razonablemente breve después de que se inyectaran los fármacos de un modo que el tribunal considera que fue indoloro y humano. Nunca se pretendió que el interno se levantara y se marchase a su casa”. *Florida v Lightbourne*, caso 1981-170 CF; SC06-2391, Tribunal de Distrito, Quinto Distrito Judicial, condado de Marion, Florida, Orden judicial de 10 de septiembre de 2007). Disponible en: <http://www.law.berkeley.edu/clinics/dpclinic/Lethal%20Injection%20Documents/Florida/Lightbourne/09.10.07.FL.lightbourne.orderofdenial.pdf>.

Fecha	Nombre / estado	Información
13 de diciembre de 2005	Stanley "Tookie" Williams	El equipo de ejecución tuvo dificultades para encontrar una vena en el brazo de Williams y, según los informes, un auxiliar médico tardó entre 11 y 12 minutos en poner una vía. La ejecución duró más de media hora. ²⁸
10 de diciembre de 2001	Loyd Lavefers, Oklahoma	Lavefers comenzó a emitir jadeos y a sufrir convulsiones tres minutos después del comienzo de la inyección letal y dejó de moverse después de la duodécima convulsión. Después de su muerte, los niveles de tiopental en su sangre eran muy bajos. ²⁹
7 de noviembre de 2001	Jose High, Georgia	High fue declarado oficialmente muerto unos 69 minutos después del comienzo de la ejecución. Finalmente consiguieron ejecutarlo insertándole una aguja en una mano y otra entre el hombro y el cuello (un catéter en la vena subclavia insertado por un médico).
28 de junio de 2000	Bert L Hunter, Misuri	Hunter sufrió una reacción a los fármacos letales y tosió y jadeó repetidamente buscando aire antes de perder el conocimiento. Un testigo afirmó que sufrió "convulsiones violentas".
7 de diciembre de 2000	Claude Jones, Texas	Jones había sido consumidor de drogas por vía intravenosa. Su ejecución se retrasó 30 minutos mientras el personal intentaba insertar la vía en una vena. Finalmente se le insertó en una pierna.
8 de junio de 2000	Bennie Demps, Florida	El personal que participó en la ejecución tardó 33 minutos en encontrar venas adecuadas. "Me han masacrado ahí dentro –afirmó Demps en su última declaración–. Me han hecho cortes en la ingle y en la pierna. Sangraba mucho."
3 de mayo de 2000	Christina M Riggs, Arkansas	La ejecución se retrasó 18 minutos porque el personal de la prisión no era capaz de encontrar una vena adecuada en los codos de la condenada. Por último, Riggs accedió a las peticiones de los verdugos y le insertaron las agujas en las muñecas.

(Datos extraídos principalmente del sitio web del Centro de Información sobre la Pena de Muerte)³⁰

El Departamento de Prisiones aceptó las recomendaciones de la comisión aunque mantuvo su opinión de que los fármacos que se utilizan actualmente en las ejecuciones son apropiados y, en especial, que debe seguir utilizándose el bromuro de pancuronio.³¹

²⁸ Véase Fagan K., "The execution of Stanley Tookie Williams". *San Francisco Chronicle*, 14 de diciembre de 2007. Disponible en <http://www.sfgate.com> (consultado el 21 de septiembre de 2007).

²⁹ Véase la declaración del doctor Mark Heath, 27 de julio de 2006, p.8. Disponible en: <http://www.law.berkeley.edu/clinics/dpclinic/LethalInjectionResourcePages/resources.ca.html> (consultado el 21 de septiembre de 2007).

³⁰ Radelet ML, "Some Examples of Post-Furman Botched Executions", 3 de mayo de 2006. Disponible en: <http://www.deathpenaltyinfo.org/article.php?scid=8&did=478> (consultado el 27 de octubre de 2006).

Mientras tanto, hasta el momento de redactar este informe no han vuelto a tener lugar ejecuciones en Florida, aunque para noviembre de 2007 está prevista una ejecución en la que se aplicará el nuevo protocolo que ha sido aprobado.³²

Hay numerosas razones por las que una ejecución por inyección letal puede ser problemática y prolongada. Entre ellas, las siguientes:

- El personal que participa en la ejecución a menudo no posee la cualificación ni la formación necesarias, o no es capaz de aplicar los procedimientos de la ejecución.
- El equipo que lleva a cabo la ejecución no puede encontrar una vena adecuada (en cuyo caso puede requerirse la presencia de un médico para que intente un procedimiento alternativo³³).
- La mezcla o la composición de los fármacos no es la adecuada debido a errores en la mezcla, precipitación (aglutinación en partículas) u otras razones.
- El flujo sanguíneo está limitado por la excesiva presión en los brazos de los dispositivos de inmovilización.
- La dirección del flujo del fluido inyectado no es la correcta.
- Las sustancias químicas se inyectan en los tejidos en lugar de en una vena, lo que disminuye o elimina el efecto pretendido (y por tanto causa una muerte más lenta) y puede provocar quemaduras en la piel.
- Las sustancias no se administran en el orden correcto, de modo que el anestésico no se inyecta en primer lugar.
- El preso no reacciona de una forma normal a los fármacos.

Además, existe la posibilidad, que actualmente se cita en varias causas judiciales en Estados Unidos, de que uno de los fármacos utilizados, el bromuro de pancuronio, impida al preso expresar el dolor que experimenta cuando el efecto del tiopental es inadecuado o desaparece demasiado pronto.

³¹ *Ibíd.* p. 13.

³² La ejecución de Mark Dean Schwab está prevista para el 15 de noviembre de 2007.

³³ Estos procedimientos incluyen: incisión con bisturí, lo que permite el acceso directo a una vena subyacente; establecimiento de un catéter venoso central subclavio (llamado así por la vena subclavia, situada debajo de la clavícula); y establecimiento de un catéter yugular, o inserción de una línea percutánea en la vena femoral, junto a la ingle. Estos dos últimos procedimientos conllevan riesgo de graves complicaciones en un escenario clínico si no se llevan a cabo adecuadamente.

La inyección letal en el último decenio, país por país

La inmensa mayoría de las ejecuciones mediante inyección letal han tenido lugar en Estados Unidos (donde, a 31 de julio de 2007, se sabía que el número de ejecuciones era de 919) y en China (donde la cifra se desconoce pero se piensa que puede oscilar entre algunos cientos y más de un millar). Taiwán, Guatemala, Filipinas y Tailandia también incluyen la ejecución por inyección letal en sus legislaciones. Estos países han llevado a cabo un total de 14 ejecuciones por este método, aunque Taiwán no ha ejecutado a ninguna persona de esa forma. Al menos otros tres países –India, Papúa Nueva Guinea y Vietnam– están considerando introducir este método de ejecución.

Estados Unidos

En los dos decenios que median entre comienzos de los años 80 y el año 2001, el porcentaje anual de ejecuciones mediante inyección letal aumentó de un modo constante desde el 25 por ciento de todas las ejecuciones (1984) hasta prácticamente el cien por cien (2001-2006), véase la tabla *supra*. Entre 2002 y 2005, el 99 por ciento de las ejecuciones se realizaron mediante inyección letal. De las 53 ejecuciones llevadas a cabo en Estados Unidos en 2006, 52 fueron por inyección letal. (En Virginia, un hombre fue ejecutado en la silla eléctrica el 20 de julio de 2006 después de que él mismo eligiera morir mediante ese método.)³⁴

Como consecuencia de las continuas protestas contra la participación de profesionales de la medicina en las ejecuciones, Illinois prohibió en 2003 a los profesionales de la salud la participación en las ejecuciones.³⁵ La legislación de Illinois había definido previamente que la participación de profesionales de la salud en las ejecuciones mediante inyección letal no constituía una práctica médica y, por tanto, quedaba fuera del ámbito de la Ley sobre el Ejercicio de la Medicina. La nueva ley establece que “el Departamento de Prisiones no solicitará, requerirá ni permitirá a un profesional de la salud autorizado oficialmente para ejercer la profesión en Illinois, lo que incluye a médicos y enfermeras pero también otro tipo de profesionales [...], que tome parte en una ejecución”.³⁶ En la actualidad, Illinois no aplica la pena de muerte. La inyección letal ha sido objeto de numerosos recursos legales durante los

³⁴ De los 38 estados con pena de muerte, 37 han adoptado la inyección letal como método único u opcional de ejecución; la única excepción es Nebraska, que sólo permite la silla eléctrica. Los presos condenados a muerte antes de la adopción de la inyección letal pueden “elegir” el método de ejecución. Véase: <http://www.amnestyusa.org/abolish/execmethod.do>.

³⁵ Ley Pública 093-0379 de Illinois, promulgada el 24 de julio de 2003. Disponible en <http://www.ilga.gov/legislation/publicacts/fulltext.asp?Name=093-0379&GA=093>. En Illinois también se llevó a cabo una investigación sobre la pena de muerte tras la exoneración de 18 condenados a muerte entre 1977 y 2000, cuando el gobernador Ryan ordenó una investigación acerca de la pena de muerte en el estado. El informe de la investigación está disponible en: <http://www.idoc.state.il.us/ccp/ccp/reports/index.html>.

³⁶ *Ibid.* En febrero de 2006, miembros de la Asamblea de California presentaron un proyecto de ley, apoyado por la Sociedad Médica de California, que prohibiría a los médicos ayudar o participar de otro modo en las ejecuciones. Sin embargo, no logró superar los comités requeridos y no llegó a la Asamblea.

dos últimos años, lo que ha dado lugar a la suspensión temporal de las ejecuciones en casi un tercio de los estados que hacen uso de la pena de muerte.³⁷ Se ha prestado una atención considerable a los procedimientos utilizados para poner en práctica la inyección letal que, pese a que parecen similares en todas las jurisdicciones, varían de un estado a otro.³⁸ En el momento de redactarse este informe, en varias jurisdicciones hay pendientes causas judiciales y varios estados están revisando sus procedimientos o llevando a cabo investigaciones sobre la propia pena de muerte.

Cuadro 1

Casos de pena capital: un “mosaico disfuncional de suspensiones y ejecuciones”

Discrepando de la decisión de sus colegas en la Corte de Apelaciones del Sexto Circuito de no conceder una suspensión de la ejecución basada en un recurso contra la inyección letal presentado por Sedley Alley, condenado a muerte en Tennessee, el juez Boyce Martin escribió: “[E]l mosaico disfuncional de suspensiones y ejecuciones que se observa en este país socava aún más la efectividad y la capacidad de varios estados para aplicar adecuadamente la pena de muerte. En la actualidad estamos operando con un sistema en el que los presos condenados a muerte plantean recursos contra el procedimiento de la inyección letal que son prácticamente idénticos. En algunos casos se concede la suspensión, mientras que en otros no y los acusados son ejecutados sin que ninguna distinción basada en principios justifique ese resultado”.³⁹

No es posible repasar aquí todos los casos en los que se interpusieron recursos judiciales sobre el uso de la inyección letal como método de ejecución. Los casos siguientes ilustran algunos de los aspectos que se están impugnando ante los tribunales.

³⁷ Véase Denno DW. “The lethal injection quandary: how medicine has dismantled the death penalty”, *76 Fordham Law Review* (2007) (próxima publicación) para un debate pormenorizado sobre los últimos recursos.

³⁸ Véase Denno DW., *ibíd.*

³⁹ *Alley v. Little*, No. 06-5650 (6th Cir., 16 de mayo de 2006) (Martin, J, opinión discrepante).

Cuadro 2**El estado de Misuri no consigue cumplir la orden judicial de incluir a un médico en el procedimiento de ejecución**

El estado de Misuri, para el que hoy expira el plazo establecido para que modificase la forma en que ejecuta a los presos mediante inyección letal, comunicó a un juez federal la pasada noche que simplemente no podía cumplir su demanda de que el estado contratase un médico especialista en anestesiología para supervisar las ejecuciones.

El juez Fernando J. Gaitan Jr., de la Corte de Distrito de los Estados Unidos para el Distrito Oeste de Misuri había pedido una revisión general del sistema después de que el médico que realiza actualmente la mezcla de fármacos para el estado describiese un proceso improvisado que al juez le pareció tan atroz que dictó una suspensión temporal de las ejecuciones en Misuri.

New York Times, 15 de julio de 2006 ⁴⁰

Michael Angelos Morales, California

En el caso *Morales v Hickman*, visto en California en febrero de 2006, el juez Jeremy Fogel rechazó condicionalmente el argumento de Michael Angelos Morales de que no debía ser ejecutado mediante inyección letal ya que ello violaría sus derechos en virtud de la Enmienda VIII a no sufrir penas crueles y desusadas. Sin embargo, el juez Fogel impuso algunas condiciones al estado de California si decidía seguir adelante con la ejecución. Así, el estado debía certificar por escrito que, bien sólo utilizaría tiopental sódico u otro barbitúrico o combinación de barbitúricos en la ejecución, bien aceptaría la verificación independiente “por parte de una persona o personas cualificadas [...] de que el demandante se encuentra realmente inconsciente antes de proceder a la inyección del bromuro de pancuronio o del cloruro de potasio”.⁴¹

⁴⁰ En una apelación posterior en el mismo caso (*Taylor v Crawford*), la Corte de Apelaciones del Octavo Circuito concluyó “que el protocolo escrito de la inyección letal en Misuri no viola la Enmienda VIII”, revocó la sentencia de la Corte de Distrito de los Estados Unidos y anuló el mandato judicial de ese tribunal. (Corte de Apelaciones de Estados Unidos, Octavo Circuito, No 06-3651, *Taylor v Crawford*, 4 de junio de 2007. Disponible en <http://www.law.berkeley.edu/clinics/dpclinic/Lethal%20Injection%20Documents/Missouri/Taylor/2007.06.04%20CA8%20Op.pdf>.)

⁴¹ Corte de Distrito de los Estados Unidos, Distrito Norte de California, Corte de San José, *Michael Angelo Morales v. Roderick Q. Hickman*, 14 de febrero de 2006. La decisión del juez Fogel refleja la opinión de que el tiopental, administrado de un modo competente, no causaría dolor, mientras que los otros dos fármacos producen dolor u otro tipo de sufrimiento y sólo deben administrarse cuando el preso está anestesiado (nivel quirúrgico).

En un principio, dos anesthesiólogos aceptaron colaborar en la ejecución mediante la mezcla de los tres compuestos químicos, pero decidieron retirarse del procedimiento cuando el juez resolvió que posiblemente tendrían que estar presentes en la cámara de ejecución e intervenir si surgía algún problema.⁴² Tras el “plante” de los anesthesiólogos, las autoridades pidieron autorización al tribunal para aplicar la segunda alternativa: una inyección única de tiopental de sodio. El juez Fogel falló que podían continuar con la ejecución empleando exclusivamente tiopental de sodio, mas “sólo si el tiopental de sodio es inyectado en la cámara de ejecución directamente en la cánula intravenosa [tubo flexible] por una persona o personas habilitadas por el estado de California para inyectar medicamentos por vía intravenosa. La dosis a utilizar deberá ser al menos cinco gramos de tiopental de sodio seguido de 20 centímetros cúbicos de solución salina [...] Las personas pueden vestir ropas adecuadas para proteger su anonimato”.⁴³

En torno a las seis de la tarde, 90 minutos antes del comienzo de la ejecución reprogramada, autoridades de la prisión anunciaron que el estado no había podido encontrar un profesional de la salud autorizado oficialmente para cumplir la orden del juez en relación con la administración del fármaco. En consecuencia, el estado acordó aplazar la ejecución indefinidamente.

En respuesta a las propuestas de intervención de profesionales de la medicina en las ejecuciones, la Asociación Médica de California apoyó una legislación (proyecto de ley 1954 de la Asamblea del estado) que pondría fin a la participación de profesionales de la medicina en la pena capital. Sin embargo, el proyecto de ley no logró superar el sistema de Comités y no fue sometido a votación.

El juez Fogel volvió a considerar el caso de Morales en septiembre de 2006. Un artículo aparecido en *Los Angeles Times* sobre la vista sugería que los testimonios presentaban los métodos utilizados para la administración de la inyección letal en California como aleatorios.⁴⁴ Según el artículo, la sala contigua a la antigua cámara de gas (donde se inmoviliza al preso sobre una camilla para recibir la inyección letal) con frecuencia está abarrotada de autoridades del estado, miembros de la fiscalía y otros visitantes del gobierno.

Una enfermera que trabajó en la [...] sala afirmó que debía dejar las jeringas sobre la mano tendida de alguien a quien no podía ver. La misma enfermera afirmó desconocer

⁴² En aquel entonces no se habían hecho públicos los nombres de los dos anesthesiólogos aunque uno de ellos, según informes, era “jefe de anesthesiología, profesor adjunto voluntario en una facultad de medicina, miembro de la Sociedad de Anesthesiólogos de California, delegado de la Asociación Médica Estadounidense y médico especialista en anesthesiología”. Garman JK, “Humane execution: an oxymoron”, *Stanford Hospital Medical Staff Update*, marzo de 2006.
<http://med.stanford.edu/shs/update/archives/MAR2006/president.htm>.

⁴³ Corte de Distrito de los Estados Unidos, Distrito Norte de California, Corte de San José. *Michael Angelo Morales v. Roderick Q. Hickman and others*, causa núm. C 06 219 JF; causa núm. C 06 926 JF RS, 21 de febrero de 2006, p.3. disponible en:
<http://www.deathpenaltyinfo.org/Calif.leth.inj.order2.pdf>.

⁴⁴ “The chaos behind California executions”, *Los Angeles Times*, 2 de octubre de 2006.

*el origen de un documento con instrucciones sobre los fármacos. Simplemente lo había encontrado “en la cámara de gas”.*⁴⁵

Varios de los verdugos (que son voluntarios) habían recibido formación oficial como personal de enfermería. Tras el primer fallo del juez Fogel se encontró a dos especialistas en anestesiología dispuestos a participar en la ejecución, aunque finalmente se retiraron cuando el juez Fogel dispuso que deberían intervenir si surgían problemas en la ejecución. Su retirada puso de relieve el aparente conflicto entre la ética profesional actual y la efectividad médica en las ejecuciones.

El juez Fogel dictó su sentencia de 17 páginas el 15 de diciembre de 2006, estableciendo que la aplicación por parte de California del procedimiento utilizado en la pena de muerte por inyección letal violaría la prohibición constitucional de las penas crueles y desusadas. El juez dejó abierta la posibilidad de que el sistema fuese reformado para hacerlo compatible con la Constitución. Entre los motivos de preocupación que expresó en relación con el sistema que se aplica en California se encontraban los siguientes:

- El proceso de selección de los miembros que integran el equipo de ejecución carece de coherencia y fiabilidad.
- Falta de formación, escrutinio y supervisión significativos del equipo de ejecución.
- El sistema utilizado para llevar un registro de las ejecuciones no es coherente ni fiable.
- Fallos en la mezcla y preparación del tiopental de sodio por parte del equipo de ejecución.
- Iluminación inadecuada, falta de espacio y deficiente diseño de las instalaciones donde debe trabajar el equipo de ejecución.⁴⁶

⁴⁵ *Ibíd.* Las ejecuciones por inyección letal en California se han llevado a cabo en la antigua cámara de gas. En la actualidad el estado de California está construyendo instalaciones específicas para administrar la inyección letal que aborden los motivos de preocupación planteados anteriormente.

⁴⁶ Véase el artículo de *Los Angeles Times*, 16 de diciembre de 2006, disponible en:

<http://www.latimes.com/news/local/la-me-lethal16dec16.0,1245111.story> (consultado el 18 de diciembre de 2006). En una declaración judicial, el doctor Mark Heath enumeró 13 posibles problemas que puede causar la administración incorrecta de tiopental sódico durante una ejecución. (Declaración del doctor Mark Heath, Corte de Distrito de los Estados Unidos, Distrito Norte de California, *Morales v Hickman*, pp. 10-13, disponible en: [http://www.law.berkeley.edu/clinics/dpclinic/Lethal%20Injection%20Documents/California/Morales/Morales%20Dist%20Ct.Cp/Ex%20C%20to%20TRO%20Motion%20\(Heath%20Decl\).pdf](http://www.law.berkeley.edu/clinics/dpclinic/Lethal%20Injection%20Documents/California/Morales/Morales%20Dist%20Ct.Cp/Ex%20C%20to%20TRO%20Motion%20(Heath%20Decl).pdf)). El doctor Heath también afirmó que “el riesgo de una administración inadecuada del fármaco anestésico se ha materializado en al menos una ejecución en California, y posiblemente en tres”, y continuó aportando detalles de estos casos. *Ibíd.* p.24). Críticas similares a las del juez Fogel también se han formulado en otras jurisdicciones.

Willie Brown, Carolina del Norte

El 7 de abril de 2006, el juez Malcolm J. Howard, de la Corte de Distrito de los Estados Unidos de Greenville, Carolina del Norte, ordenó a las autoridades del estado que garantizaran que Willie Brown, un hombre cuya ejecución estaba prevista, contaría con personal médico capaz de garantizar que se encontraba estaba inconsciente antes de que le fuesen administrados el segundo y tercer fármacos [bromuro de pancuronio y cloruro de potasio] y de “proporcionarle cuidados médicos adecuados” si Willie Brown se despertaba. Los abogados del preso habían recurrido alegando que se precisaba un anestesiólogo para garantizar una evaluación competente del grado de anestesia. Las autoridades penitenciarias respondieron al fallo inicial del juez Howard asegurando que un médico y una enfermera evaluarían el nivel de conciencia de Brown en un monitor de ondas cerebrales ubicado en una sala contigua a la cámara de ejecución.

Willie Brown fue ejecutado mediante inyección letal a las dos de la madrugada hora local del 21 de abril de 2006 en la prisión central de Raleigh. Los fabricantes del aparato habían declarado que no querían que fuese utilizado en ejecuciones y desconocían el uso que iba a dársele cuando, menos de dos semanas antes de la ejecución de Brown, vendieron el monitor a una autoridad penitenciaria de Carolina del Norte. Desde entonces, han declarado que cualquier centro penitenciario que desee comprar un aparato de esas características –por ejemplo, para su uso en el hospital penitenciario– debe firmar una declaración comprometiéndose a no utilizarlo en ejecuciones.⁴⁷ Recursos posteriores presentados en Carolina del Norte han revelado que las autoridades penitenciarias facilitaron información falsa acerca del uso del instrumento de monitorización en las ejecuciones y que ningún médico leyó el monitor durante la ejecución de Brown.⁴⁸

Marcus Robinson y James Edward Thomas, Carolina del Norte

El 25 de enero de 2007, el juez Donald W. Stephens, de la Corte Superior de Carolina del Norte bloqueó dos ejecuciones hasta que las autoridades modificaran su práctica en relación con el procedimiento de inyección letal aplicado en el estado.⁴⁹ El fallo se emitió un día antes de la fecha prevista de ejecución de Marcus Robinson y una semana antes de la fecha prevista para la ejecución de James Edward Thomas. El 17 de enero, el Consejo Médico de Carolina del Norte, el órgano estatal que autoriza oficialmente la práctica médica, había señalado que la ética médica impedía a los médicos colaborar en una ejecución y que un médico sólo podía participar en calidad de observador. El Departamento de Prisiones del estado respondió que estaba modificando la función del médico durante la ejecución, de forma que estaría presente simplemente como observador y para firmar el certificado de defunción. El juez Stephens declaró que este cambio requería la aprobación del gobernador y del Consejo del estado y que

⁴⁷ Steinbrook R. “New technology, old dilemma – monitoring EEG activity during executions”, *New England Journal of Medicine*, 2006; 354:2525-7.

⁴⁸ Hill C. “Deception and the death penalty”. *News & Observer*, 22 de agosto de 2007.

⁴⁹ “N.C. is 11th state to halt lethal injections”, *Los Angeles Times*, 26 de enero de 2007.

mientras tanto no podían llevarse a cabo ejecuciones.⁵⁰ Posteriormente, autoridades estatales del Departamento de Prisiones han emprendido acciones legales para impedir que el Consejo Médico de Carolina del Norte pueda tomar medidas disciplinarias contra los médicos en virtud de la nueva política, según la cual los médicos sólo pueden asistir como observadores a las ejecuciones, pero no como supervisores.⁵¹ El Departamento de Prisiones sostiene que la ley específica que un médico debe estar presente en la ejecución, pero que la política del Consejo Médico dificulta la tarea de encontrar un facultativo, como exige la susodicha ley.⁵² Mientras tanto, el estado no encuentra médicos dispuestos a participar en ejecuciones, ya que pueden ser objeto de medidas disciplinarias por parte del Consejo Médico.

Cuadro 3

Comisión de Estudio sobre la Pena de Muerte de Nueva Jersey, 2006

En 2006, la Asamblea Legislativa del estado de Nueva Jersey creó la Comisión de Estudios sobre la Pena de Muerte (en virtud de la Ley P.L.2005, c.321, aprobada en enero de 2006).⁵³ La Comisión publicó sus conclusiones en enero de 2007.⁵⁴ Las recomendaciones abordan con precisión las cuestiones planteadas a la Comisión. (Aparecen en cursiva, a continuación de las cuestiones). Se pidió a la Comisión que determinase:

- si la pena de muerte sirve racionalmente a un propósito criminológico legítimo, como la disuasión. *No hay pruebas convincentes de que la pena de muerte en Nueva Jersey sirva racionalmente a ningún propósito criminológico legítimo.*
- si existe una diferencia significativa entre el coste de la pena de muerte y el coste de la vida en prisión sin libertad condicional. *Los costes de la pena de muerte son mayores que los costes de la vida en prisión sin libertad condicional, aunque no es posible medir estos costes con precisión.*
- si la pena de muerte es coherente con las normas morales en evolución. *Hay cada vez más pruebas de que la pena de muerte no es coherente con las normas morales en*

⁵⁰ *Fayetteville Observer* online, 25 de enero de 2007: <http://www.fayobserver.com/article?id=252894> (consultado el 13 de marzo de 2007). El Consejo de estado se compone del gobernador y otras nueve autoridades elegidas. El fallo del juez está disponible en: <http://www.fayobserver.com/photos/2007/01/x25decision.pdf>.

⁵¹ *North Carolina Department of Corrections et al v North Carolina Medical Board*. Corte General de Justicia del estado de Carolina del Norte, División de la Corte Superior. Disponible en: [http://www.law.berkeley.edu/clinics/dpclinic/Lethal%20Injection%20Documents/North%20Carolina/2007.03.07%20Complaint%20\(DOC%20v%20NC%20Med%20Bd\).pdf](http://www.law.berkeley.edu/clinics/dpclinic/Lethal%20Injection%20Documents/North%20Carolina/2007.03.07%20Complaint%20(DOC%20v%20NC%20Med%20Bd).pdf).

⁵² *Ibid.*

⁵³ Más información en: http://www.njleg.state.nj.us/committees/njdeath_penalty.asp.

⁵⁴ *New Jersey Death Penalty Study Commission Report*. Enero de 2007. “Executive Summary: Recommendations”. Disponible en: http://www.njleg.state.nj.us/committees/dpsc_final.pdf (consultado el 17 de enero de 2007).

evolución.

- si en Nueva Jersey la decisión de juzgar a una persona por delitos punibles con la muerte es arbitraria, injusta o discriminatoria de algún modo y si existe una variabilidad injusta, arbitraria o discriminatoria en las condenas. *Los datos disponibles no avalan la conclusión de que existe un sesgo racial discriminatorio en la aplicación de la pena de muerte en Nueva Jersey.*
- si existe una diferencia significativa entre los delitos cometidos por las personas a quienes se ha decidido imponer la pena capital y los perpetrados por personas que son condenadas a cadena perpetua. *La abolición de la pena de muerte eliminará el riesgo de desproporcionalidad en el sistema de aplicación de la pena capital.*
- si el interés criminológico de ejecutar a algunas personas culpables de asesinato es tan apremiante que permite asumir el riesgo de cometer un error irreversible. *El interés criminológico de ejecutar a un reducido número de personas culpables de asesinato no es tan apremiante que justifique el riesgo de cometer un error irreversible*
- si existen alternativas a la pena de muerte capaces de garantizar de modo suficiente la seguridad pública y abordar otros intereses sociales y criminológicos legítimos, incluidos los intereses de los familiares de las víctimas. *La alternativa de reclusión a perpetuidad en una institución de máxima seguridad sin posibilidad de libertad condicional garantizaría de modo suficiente la seguridad pública y abordaría otros intereses sociales y criminológicos legítimos, entre ellos los intereses de los familiares de las víctimas de asesinato.*

China

En los últimos años, China es el país que más personas ha ejecutado. Amnistía Internacional, basándose en la información disponible, calculó que en 2005 se llevaron a cabo al menos 1.770 ejecuciones y se impusieron al menos 3.900 condenas a muerte. En 2006, las cifras mínimas de las que se tuvo conocimiento fueron respectivamente 1.010 y 2.790, aunque se cree que las cifras reales son mucho más elevadas.⁵⁵

⁵⁵ En marzo de 2004, el legislador chino Chen Zhonglin estimó esta cantidad en unas 10.000 ejecuciones por año. A comienzos de 2006, el destacado abolicionista chino y profesor de derecho penal Liu Renwen calculó, sobre la base de información que obtuvo de funcionarios y jueces locales, que se ejecuta a unas 8.000 personas al año. (Véase Amnistía Internacional, *República Popular de China: La cuenta atrás hacia las Olimpiadas. El incumplimiento de las promesas relativas a los derechos humanos*. Índice AI: ASA 17/046/2006, 21 de septiembre de 2006; disponible en <http://web.amnesty.org/library/index/esLASA170462006>.) Véase también el capítulo sobre China del *Informe 2007* de Amnistía Internacional.

Hasta 1997, en China la ejecución se llevaba a cabo mediante fusilamiento y normalmente se trataba de una ejecución al aire libre que en ocasiones era presenciada por una multitud. Sin embargo, la Ley de Procedimiento Penal revisada, que entró en vigor el 1 de enero de 1997, añadió la posibilidad de introducir la ejecución por inyección letal y especificó que esta puede llevarse a cabo en un terreno para ejecuciones o en un centro de detención designado a tal efecto. (Artículo 212).

Según los informes, el Tribunal Popular Intermedio de la ciudad de Kunming, en la provincial de Yunnan, fue el primer tribunal chino en utilizar el nuevo método y lo hizo el 28 de marzo de 1997 contra dos presos declarados culpables.

En 2000, un vicepresidente del Tribunal Supremo Popular declaró que continuarían las ejecuciones mediante pelotón de fusilamiento, a pesar del uso extendido de la inyección letal.⁵⁶

Según los informes, a fecha de 1 marzo de 2003, el Tribunal Popular Intermedio de la ciudad de Kunming (uno de los 18 tribunales intermedios de la provincia) ya había ordenado la ejecución de 112 personas mediante la inyección letal.⁵⁷

El uso de inyecciones letales como método de ejecución ha ido en aumento. En enero de 2003, un periodista y un grupo de autoridades judiciales de toda la provincia de Gansu fueron conducidos por funcionarios del tribunal superior de la provincia a un centro de detención cerca de Lanzhou, para asistir a un curso y posteriormente presenciar la ejecución mediante inyección letal de 11 presos.⁵⁸

Aunque las ejecuciones por fusilamiento continuaban utilizándose ampliamente, las autoridades de la provincia de Yunnan anunciaron el 1 de marzo de 2003 su intención de utilizar la inyección letal como único método de ejecución.⁵⁹

En 2003 se distribuyeron 18 cámaras de ejecución móviles –montadas en autobuses de 24 plazas reconvertidos– a todos los tribunales intermedios y un tribunal superior de la provincia de Yunnan. La cámara de ejecución, sin ventanas y situada en la parte trasera del vehículo, contiene una cama de metal sobre la cual se inmoviliza al preso. Una vez que el médico ha insertado la aguja, un agente de policía presiona un botón y una jeringa automática inyecta el fármaco letal en la vena del preso. La ejecución puede observarse en un monitor de vídeo situado junto al asiento del conductor y también puede grabarse si se solicita. En diciembre de

⁵⁶ Amnistía Internacional. *Executed “according to law”? The death penalty in China*, Índice AI: ASA 17/003/2004 (nota 136). Véase <http://web.amnesty.org/pages/chn-220304-feature-esl>.

⁵⁷ Agencia de noticias Xinhua, citada por Amnistía Internacional en *Executed “according to law”? The death penalty in China*, Índice AI: ASA 17/003/2004.

⁵⁸ Amnistía Internacional, “Chinese use mobile death vans to execute prisoners”, *The Wire*, mayo de 2003,

<http://web.amnesty.org/wire/May2003/China>.

⁵⁹ “Chinese province rules on use of lethal injection for executions”, Xinhua, 1 de marzo de 2003 (BBC Monitoring Service).

2003, el Tribunal Supremo Popular instó a todos los tribunales de China a adquirir cámaras móviles de ejecución “donde se pueda ejecutar a los delincuentes declarados culpables inmediatamente después de pronunciarse la sentencia”.⁶⁰

Se desconoce el número de vehículos que están actualmente en uso, aunque un periódico estadounidense publicó en 2006 que se habían distribuido más de 40.⁶¹ La proporción de ejecuciones llevadas a cabo mediante inyección letal también es un secreto.⁶² Según los informes, un investigador de la Academia China de Ciencias Sociales que estudia la pena de muerte ha afirmado que la mayoría de las ejecuciones continúan realizándose mediante fusilamiento, aunque “el uso de inyecciones ha crecido en los últimos años y puede haber llegado al 40 por ciento”.⁶³

Aunque China ejecuta a más presos que el resto de los países del mundo juntos, hay indicios de que en el país se habla de la pena de muerte y se debate su posible reforma. En 2006 se modificó la legislación china para exigir que todas las condenas a muerte fuesen revisadas por el Tribunal Supremo a partir del 1 de enero de 2007. En su intervención ante el Consejo de Derechos Humanos de la ONU en marzo de 2007, un delegado chino, La Yifan, afirmó:

Sobre la cuestión de la pena de muerte, los miembros de la comunidad internacional no comparten la misma opinión: algunos países están a favor y otros países están en contra. En relación con este asunto no hay consenso. Estamos muy abiertos a tener un debate sobre este asunto, pero nos oponemos categóricamente a que una de las opiniones se imponga sobre el resto...

China es un país que se rige por el Estado de derecho. La pena de muerte sólo se aplica a los delitos más abyectos, y esto es absolutamente compatible con las disposiciones del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Este año, a partir del 1 de enero, las condenas a muerte serán revisadas por la máxima instancia judicial del país, el Tribunal Supremo Popular de China. Al hacerlo, buscamos limitar la aplicación de la pena de muerte en China. Confío en que el

⁶⁰ “Chinese courts purchasing mobile execution units”, AFP, 18 de diciembre de 2003.

⁶¹ “China makes ultimate punishment mobile”, *USA Today*, 14 de junio de 2006. Disponible en: http://www.usatoday.com/news/world/2006-06-14-death-van_x.htm.

⁶² Tampoco se conoce la composición de las sustancias químicas letales utilizadas en las ejecuciones, aunque la mezcla posiblemente es similar a la que se emplea en Estados Unidos. El artículo de *USA Today* citado en la nota 54 afirma que las autoridades chinas utilizan los tres mismos fármacos que se emplean mayoritariamente en Estados Unidos –tiopental sódico, bromuro de pancuronio y cloruro de potasio.

⁶³ Véase la nota 54.

*desarrollo y el progreso en mi país permitirán reducir aún más la aplicación de la pena de muerte y finalmente abolir este castigo.*⁶⁴

Guatemala

En octubre de 1995, Manuel Martínez Coronado fue condenado a muerte por el asesinato de siete miembros de la misma familia. En 1996, los fallos que se sucedieron durante una doble ejecución con pelotón de fusilamiento (que fue televisada) provocaron una oleada de críticas públicas y el Congreso aprobó una medida en virtud de la cual las ejecuciones futuras se llevarían a cabo mediante inyección letal.⁶⁵ Martínez fue ejecutado el 10 de febrero de 1998 con una inyección letal, también delante de las cámaras de televisión. La ejecución duró un tiempo prolongado y estuvo acompañada del llanto de la esposa de Martínez que, con sus tres hijos, se encontraba presente en la ejecución. (Según algunos testigos, el personal médico tuvo problemas para encontrar una vena en la que insertar el catéter que portaba los fármacos letales. Además, el personal estaba tan nervioso que temblaba ostensiblemente. Según un informe, la ejecución duró 18 minutos.⁶⁶)

Una fotografía tomada durante la ejecución mostraba al personal médico vestido con batas verdes y máscaras quirúrgicas. (Véase la fotografía de portada). En 2000 se llevaron a cabo otras dos ejecuciones mediante inyección letal: las de Tomás Cerrate Hernández y Luis Amílcar Cetino Pérez. Desde entonces no han vuelto a tener lugar ejecuciones judiciales, con independencia del método.

En 2000, el Congreso guatemalteco derogó el Decreto N° 159 que otorgaba al presidente la prerrogativa de conceder indultos a las personas condenadas a muerte. Desde entonces, está vigente una suspensión de facto sobre las ejecuciones. En 2005, la Corte Interamericana de Derechos Humanos reforzó la suspensión de facto al fallar que la inexistencia de la posibilidad de indulto significaba que no podían aplicarse las sentencias de muerte.⁶⁷ El 3 de mayo de 2005 se presentó en el Congreso un proyecto de ley para abolir la pena de muerte mediante la modificación de los artículos del Código Penal que la contemplan como una posible pena, pero el proyecto de ley no prosperó.

Un decreto del Congreso emitido el 1 de junio de 2000 derogó la ley que permitía a las personas condenadas a muerte solicitar el indulto, la amnistía o la conmutación de la pena y, desde entonces, Guatemala carece de procedimientos de esa índole. El 15 de septiembre de 2005, la Corte Interamericana de Derechos Humanos dictó sentencia contra Guatemala en el

⁶⁴ La Yifan, consejero (Derechos Humanos), Misión permanente de la República Popular China ante la Oficina de la ONU en Ginebra y otras Organizaciones Internacionales en Suiza. Discurso pronunciado en chino. Consejo de Derechos Humanos de la ONU, 12 de marzo de 2007. (Traducción de AI al español a partir de la traducción inglesa a cargo de un intérprete de la ONU.)

⁶⁵ Véase información complementaria en <http://web.amnesty.org/library/index/esLAMR340331997>.

⁶⁶ Véase Amnistía Internacional, *La inyección letal. La tecnología médica de la ejecución*.

Actualización de septiembre de 1999, Índice AI: ACT 50/008/1999.

⁶⁷ Amnistía Internacional. *Informe 2006: El estado de los derechos humanos en el mundo*. Londres, 2007.

caso Raxcacó⁶⁸ e instó al Estado a que reformase, entre otras cosas, su actual legislación sobre la pena de muerte para ajustarla a las normas internacionales. La ley 3521, que en la actualidad está a la espera de su tercera lectura en el Congreso guatemalteco, es la respuesta del gobierno aunque, en caso de aprobarse, podría facilitar la reintroducción de la pena de muerte y poner en peligro los derechos de las personas condenadas a muerte.

En el momento de redactarse este informe hay 19 presos condenados a muerte, aunque sigue vigente la suspensión de facto sobre las ejecuciones. En 2006 se conmutaron las penas de muerte de seis presos por penas de 50 años de cárcel.⁶⁹ El resultado final de las elecciones de 2007 se conocerá en noviembre y probablemente después se tomarán decisiones clave en relación con la pena de muerte.

Filipinas

Entre 1987 y 1993, la pena de muerte estuvo prohibida en Filipinas en virtud de una disposición constitucional introducida durante la presidencia de Corazón Aquino. Sin embargo, con el relevo en el liderazgo político y un índice de delincuencia en aumento, esta disposición constitucional fue anulada. Posteriormente, se empezaron a dictar condenas de muerte a un ritmo constante. El gobierno también sustituyó el antiguo método de ejecución por la inyección letal.

En total, entre la primera ejecución por inyección letal, de Leo Echegaray el 5 de febrero de 1999, y la suspensión de las ejecuciones en 2000 tuvieron lugar siete ejecuciones. La quinta persona a la que se le administró la inyección letal fue un hombre al que se le había concedido una suspensión de la ejecución en el último momento, pero la llamada telefónica llegó demasiado tarde a la cámara de ejecución para impedir su muerte. Las seis hijas de Eduardo Agbayani y miembros de la iglesia católica recurrieron ante el presidente Estrada y éste decidió en el último momento conceder una suspensión de la ejecución, pero la llamada del palacio presidencial llegó demasiado tarde: la inyección letal ya había sido administrada y el preso murió dos minutos después de recibirse la llamada.⁷⁰

En 2000, el presidente Joseph Estrada anunció una suspensión de las ejecuciones con motivo del Jubileo Católico Romano proclamado por el papa Juan Pablo II. Así comenzó una suspensión de facto. En diciembre de 2003, la presidenta Gloria Arroyo anunció el

⁶⁸ *Ronald Ernesto Raxcacó Reyes v. Guatemala*, Caso P-050/02, 15 de septiembre de 2005, disponible en: http://www.corteidh.or.cr/docs/casos/articulos/seriec_133_esp.pdf.

⁶⁹ Informe 2007 de Amnistía Internacional.

⁷⁰ Amnistía Internacional. *Philippines: Presidential clemency came minutes too late to save Eduardo Agbayani's life*. Índice AI: ASA 35/22/99, 25 de junio de 1999. Un caso similar —en el que una llamada telefónica salvó la vida del preso— tuvo lugar después de que el gobierno anunciase una suspensión de las ejecuciones. El 29 de marzo de 2000, Víctor Esteban fue conducido a la cámara de inyección letal a fin de prepararlo para la ejecución, que había sido fijada con anterioridad para ese día. Un capellán de la prisión lo salvó al hacer una llamada de urgencia a una emisora de radio local, cuyo personal se puso en contacto con el principal ayudante del presidente e impidió que la ejecución siguiese adelante. Véase Amnistía Internacional. *Death Penalty News*, marzo de 2000, Índice AI: ASA 53/001/2000.

levantamiento de la suspensión sobre las ejecuciones de los presos declarados culpables de delitos de secuestro o relacionados con drogas. Sin embargo, a pesar de las continuas declaraciones públicas del gobierno en relación con la aplicación de la pena de muerte,⁷¹ no se produjeron más ejecuciones. Según los informes, a fecha de 6 de abril de 2006 había 17 presos en espera de recibir la inyección letal, pero sus identidades no se habían hecho públicas.⁷²

El 15 de abril de 2006, la presidenta Arroyo conmutó la pena de muerte a unos 1.200 presos por la de cadena perpetua. El 6 de junio de 2006, una reunión conjunta de las dos cámaras del Congreso filipino votó a favor de la abolición de la pena de muerte (con efecto inmediato). La presidenta Arroyo sancionó la ley con su firma el 24 de junio de ese año.⁷³ Desde entonces no ha habido ninguna señal que haga pensar que puede restaurarse la pena de muerte.

Tailandia

En octubre de 2003, Tailandia adoptó la inyección letal como un método de ejecución humano en sustitución del pelotón de fusilamiento, que había sido introducido a su vez en la legislación tailandesa en 1934 en lugar de la ejecución por decapitación, que se implantó en 1908. En 1999 –cuatro años antes de que el método fuese utilizado primera vez–, varios médicos que escribían en el *Boletín del Colegio de Médicos de Tailandia* se opusieron a la participación de facultativos en esa clase de ejecuciones.⁷⁴

Las primeras ejecuciones por inyección letal –de tres hombres declarados culpables de delitos relacionados con drogas y de un hombre declarado culpable de asesinato– tuvieron lugar el 12 de diciembre de 2003. Según informes aparecidos en la prensa tailandesa, autoridades de la prisión afirmaron que se había tardado casi una hora en administrar los fármacos letales al primer preso, cuyo nombre no se facilitó, debido a problemas para localizar sus venas. Según los informes, en el caso de los otros tres presos se emplearon 15 minutos con cada uno mientras médicos, miembros de la fiscalía y funcionarios penitenciarios y policiales observaban la escena.⁷⁵

A fecha de 31 de julio de 2007 no se habían producido nuevas ejecuciones.

Se cree que alrededor de 1.000 presos están condenados a muerte y que a unos 125 se les ha confirmado la pena, que es el último paso antes de la ejecución.

⁷¹ Por ejemplo, cuando en enero de 2004 dos hombres condenados a muerte obtuvieron una suspensión de sus ejecuciones, la presidenta Arroyo declaró que seguía resuelta a “aplicar la ley”.

⁷² Agencia de noticias Reuters, 17 de abril de 2006.

⁷³ Véase: “Philippines stops death penalty”, BBC, 24 de junio de 2006; <http://news.bbc.co.uk/1/hi/world/asia-pacific/5112696.stm>.

⁷⁴ Wilde H, Pruksapong C, Phaosavasdi S, Tannirandorn Y, Tanaepanichkul S. “Physicians and the death penalty”, *Journal of the Medical Association of Thailand*, 1999; 82(3):317-8.

⁷⁵ *Bangkok Post*, 13 de diciembre de 2003.

Taiwán

El 19 de octubre de 1992, la Asamblea Legislativa de Taiwán (*Yuan*) introdujo legislación que permitía las ejecuciones por inyección de sustancias químicas como un método alternativo al fusilamiento. No se ha llevado a cabo ninguna ejecución mediante inyección letal.⁷⁶

Durante el último decenio se ha observado una tendencia a la baja en el número de ejecuciones (véase la Tabla 5 *infra*) y el 27 de octubre de 2003 la oficina presidencial y el consejo de ministros anunciaron que estaban redactando conjuntamente legislación para abolir la pena de muerte. (Sin embargo, dos días después, un nuevo proyecto de ley antiterrorista especificaba la pena de muerte como castigo, aunque finalmente el proyecto no se aprobó.)

A pesar de los reiterados compromisos públicos del presidente y de los ministros del gobierno de avanzar hacia la abolición, en Taiwán la pena de muerte sigue formando parte de la legislación. Se cree que entre 70 y 100 presos están condenados a muerte. Las ejecuciones se realizan mediante fusilamiento y en presencia de un “equipo médico compuesto por un psiquiatra, un anestesiólogo y un médico generalista”.⁷⁷ El preso recibe un disparo en el corazón o, cuando hay planes para utilizar los órganos en transplantes, en la cabeza.⁷⁸

Tabla 5

Ejecuciones en Taiwán: tendencia entre 1996 y 2006

Año	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Ejecuciones	22	38	32	24	17	10	9	7	3	3	0

Fuente: Alianza de Taiwán para Acabar con la Pena de Muerte

India

En la actualidad, la legislación india establece que la pena de muerte se ejecute mediante ahorcamiento (si se trata de civiles) o por ahorcamiento o fusilamiento (si se trata de militares).⁷⁹ La ley prevé que haya un médico presente en el ahorcamiento para certificar el

⁷⁶ Capítulo sobre Taiwán del *Informe 2007* de Amnistía Internacional.

⁷⁷ Federación Internacional de los Derechos Humanos (FIDH), *The death penalty in Taiwan: towards abolition?* París: junio de 2006, p.35. Disponible en: <http://www.fidh.org/IMG/pdf/tw450a.pdf>.

⁷⁸ *Ibíd.*

⁷⁹ Artículo 354(5) del Código de Procedimiento Penal, 1973, *Jail Manuals* del estado, Ley del Ejército, Ley de la Armada y Ley de la Fuerza Aérea.

fallecimiento del condenado. La función de los médicos en las ejecuciones ha sido un motivo de preocupación constante en India.⁸⁰

Después de revisar el uso histórico y contemporáneo de la pena de muerte, en octubre de 2003 la Comisión Jurídica de India publicó un informe acerca de los métodos de ejecución.⁸¹ El informe comparaba el ahorcamiento, el fusilamiento y la inyección letal y concluía que la inyección letal comportaba “dolor sólo a causa del pinchazo de la aguja” y que “se acepta en la actualidad como el método más civilizado para ejecutar la pena de muerte”.⁸²

La Comisión Jurídica de India recomendó la modificación del Código de Procedimiento Penal, para incorporar la inyección letal como alternativa al ahorcamiento, y de la Ley del Ejército, la Ley de la Armada y la Ley de la Fuerza Aérea, para sustituir el ahorcamiento por la inyección letal como alternativa al fusilamiento.⁸³

La única referencia que se hace en el informe a la ética médica es la siguiente: “es importante hacer notar que el proceso mediante el que se administra la inyección letal no se considera una práctica médica y que la mayoría de los estados de Estados Unidos son capaces de resolver este problema y fuera del ámbito de la ética médica” [sic].⁸⁴ La Asociación Médica India expresó su firme oposición a la recomendación de la Comisión Jurídica en 2004, durante su conferencia anual en Bhubaneswar.⁸⁵

En el momento de redactarse este informe, el ahorcamiento sigue siendo el método de ejecución prescrito en India. Desde 1995, al menos 11 presos han sido ahorcados, aunque este dato debe considerarse como una cifra mínima, ya que el gobierno indio no hace pública información acerca de la pena de muerte.

Se han hecho llamamientos en favor del fin de las ejecuciones en India desde los niveles más altos del Estado. En 2005, el presidente de India, APJ Abdul Kalam, pidió dos veces al gobierno que indultase a unos 50 presos condenados a muerte.⁸⁶ En octubre de 2005, el presidente Kalam pidió públicamente que el Parlamento debatiese la pena de muerte y que se elaborase una política de reforma general. El juez YK Saberwal, recién nombrado presidente

⁸⁰ Bhan A., “Killing for the state: death penalty and the medical profession: a call for action in India”, *National Medical Journal of India*, 2005; 18(4):205-8; Jesani A. “Medicalisation of ‘legal’ killing: doctors’ participation in the death penalty”. *Indian Journal of Medical Ethics*, 2004;1(4):104-5.

⁸¹ Comisión Jurídica de India. *187th Report on Mode of Execution of Death Sentence and Incidental Matters*. Nueva Delhi, octubre de 2003, p. 23. Disponible en: <http://lawcommissionofindia.nic.in/reports/187th%20report.pdf>.

⁸² *Ibíd.* p. 43.

⁸³ *Ibíd.* pp. 83-85.

⁸⁴ *Ibíd.* p. 40.

⁸⁵ Véase *Daily Excelsior*, 29 de diciembre de 2004. Disponible en: <http://www.dailyexcelsior.com/web1/04dec29/national.htm#9>.

⁸⁶ Véase Amnistía Internacional, *La pena de muerte en el mundo: Noticias del año 2005*, Índice AI: ACT 50/005/2006, abril de 2006. Disponible en: <http://web.amnesty.org/library/index/eslact500052006>.

del Tribunal Supremo de India, también declaró ante los periodistas su apoyo a la abolición de la pena de muerte. Afirmó que, como presidente del Tribunal Supremo, sólo la solicitaría en “el más excepcional de los casos excepcionales”.⁸⁷ En India la última ejecución tuvo lugar en agosto de 2004.

Papúa Nueva Guinea

Papúa Nueva Guinea reintrodujo la pena de muerte en 1991 (la había abolido en 1970) y actualmente en el país hay siete presos condenados a muerte. La última ejecución tuvo lugar hace más de medio siglo.

El Código Penal de Papúa Nueva Guinea prevé la pena de muerte (en su artículo 599)⁸⁸ y establece los procedimientos relacionados en el artículo 614. Sin embargo, parece que la opinión que prevalece en el país es que este último artículo no incluye información y directrices suficientes acerca de los procedimientos para llevar a cabo la pena de muerte que permitan al gobierno seguir adelante con las ejecuciones. En 2003, el Consejo Ejecutivo Nacional pidió al ministro de Justicia y al fiscal general que informasen acerca de qué normas y mecanismos administrativos adicionales serían necesarios para llevar a cabo ejecuciones. En aquel entonces, el ministro explicó:

*Aunque la pena de muerte está claramente definida en la Ley del Código Penal y en la Ley de la Fuerza de Defensa, aún no se han determinado los mecanismos administrativos, tales como el lugar de la ejecución, la construcción de la estructura utilizada en el ahorcamiento, las personas que actuarán como verdugos, los derechos de ciertas personas a presenciar la ejecución, el proceso de apelación y las instalaciones adecuadas para alojar a los presos condenados a muerte, etc.*⁸⁹

Fue en este contexto de falta de claridad en relación con los procedimientos de ejecución en el que se planteó la posible introducción de la inyección letal. El ministro de Justicia, Bire Kimisopa, nombrado en 2006, ha afirmado que no debería haber más ejecuciones en el país.⁹⁰

Vietnam

En febrero de 2006, la agencia de noticias Reuters informó de que el Ministerio de la Policía estaba debatiendo la introducción de la inyección letal como método de ejecución y, mientras tanto, la sustitución del pelotón de fusilamiento por una máquina, con el fin de reducir la

⁸⁷ Véase Amnistía Internacional, *Boletín sobre la pena de muerte. Enero de 2006*, Índice AI: ACT 53/001/2006, enero de 2006.

⁸⁸ Código Penal de Papúa Nueva Guinea, 1974 (refundido con el núm. 12 de 1993). Disponible en: http://www.paclii.org/pg/legis/consrol_act/cc197494/ (consultado el 20 de octubre de 2006).

⁸⁹ “PNG studies Singapore law”. *The National*, 26 de marzo de 2004; citado en: Amnistía Internacional. *Papua New Guinea The state as killer?* Índice AI: ASA 34/001/2004, 1 de abril de 2004.

⁹⁰ “Papua New Guinea justice minister against death penalty”, *Papua New Guinea Post-Courier*, 13 de abril de 2006.

tensión de las personas encargadas de la ejecución.⁹¹ En abril de 2006, según informes, el Ministerio de Seguridad Pública también estaba considerando la sustitución del pelotón de fusilamiento por armas accionadas por control remoto o por la inyección letal, para aliviar la carga que soportaban los verdugos y conseguir mayor eficacia en las ejecuciones.⁹²

Se cree que Vietnam es uno de los países donde una cifra relativamente elevada de presos son ejecutados, aunque es difícil obtener datos exactos ya que el gobierno no hace pública esa información. Amnistía Internacional, en su *Informe 2007*, informó de que se habían impuesto al menos 36 condenas a muerte y se habían llevado al menos 14 ejecuciones, entre ellas las de cinco mujeres; la mayoría de estas personas habían sido declaradas culpables de delitos relacionados con las drogas. Se cree que la cifra real es muy superior.

La investigación médica sobre las ejecuciones por inyección letal

Por su propia naturaleza, la pena de muerte es uno de los procedimientos menos transparentes que aplican los Estados. Algunos países no hacen públicas las estadísticas o la información relativa a las ejecuciones o bien proporcionan una información limitada o parcial. No parece que la utilización de la inyección letal como método de ejecución esté fundada en investigaciones sólidas.⁹³ Esto no debería resultar sorprendente teniendo en cuenta que una investigación rigurosa sobre los métodos para privar a los seres humanos de la vida de la forma más eficaz casi con toda seguridad se consideraría contraria a la ética (salvo que se basase en estudios con animales y modelos informáticos). Según los informes, en China los médicos han llevado a cabo ensayos prácticos para determinar la eficacia de las ejecuciones por inyección letal, si bien, siguiendo la política china de no revelar información sobre la pena de muerte, no se ha hecho pública información detallada al respecto.⁹⁴ Una manera de enfocar la investigación sobre los resultados de las ejecuciones por inyección letal sería tratar de documentar los niveles de las sustancias letales en la sangre y en los tejidos tras la muerte del preso ejecutado. Sin embargo, esto hace necesario que se lleven a cabo exámenes toxicológicos post mórtem y que el Estado esté abierto a la evaluación de los datos; e incluso así existen dificultades técnicas. El tiopental sódico es una sustancia cuyos efectos sobre el organismo resultan difíciles de examinar, así que incluso cuando los investigadores logran obtener datos, surgen complejos debates sobre su interpretación. Los primeros estudios

⁹¹ Agencia de noticias Reuters, 10 de febrero de 2006. Disponible en: <http://www.thanhniennews.com/politics/?catid=1&newsid=12573>.

⁹² Según informó *Thanh Nien News*, 8 de abril de 2006, disponible en: <http://www.thanhniennews.com/politics/?catid=1&newsid=14289>.

⁹³ Denno DW. "When legislatures delegate death: the troubling paradoxes behind state uses of electrocution and lethal injection and what it says about us". *Ohio State Law Journal* 2002; 63: 63-128; Human Rights Watch. *So Long as They Die: Lethal Injections in the United States*. Nueva York, 2006. Disponible en: <http://hrw.org/reports/2006/us0406/>.

⁹⁴ Véase Amnistía Internacional. *La inyección letal: La tecnología médica de la ejecución* (Índice AI: ACT 50/001/1998).

generaron debates y disputas sobre esta cuestión,⁹⁵ si bien se están haciendo públicos más datos y podrían llegar a entenderse mejor los procesos subyacentes que se producen durante la ejecución.

La ética médica de la inyección letal

*La inyección letal conduce indefectiblemente a la siguiente paradoja: desde el punto de vista ético está mal torturar a los presos hasta la muerte con personal no especializado a cargo de la ejecución, pero también está mal hacer que personal especializado tome parte en el proceso de ejecución. Los tribunales de diferentes estados se enfrentan actualmente a este dilema.*⁹⁶

El hecho de utilizar un procedimiento médico para acabar con la vida de un preso ha sido cuestionado por razones éticas por órganos profesionales médicos, personas del mundo académico, organizaciones no gubernamentales y determinados profesionales de la medicina.

Tanto a nivel internacional como nacional, en el seno de las organizaciones de profesionales se ha venido debatiendo la ética de la participación de profesionales de la medicina y de la enfermería en las ejecuciones y existe un consenso sobre que la participación de los profesionales de la salud en una ejecución por inyección letal (o mediante cualquier otro método) vulnera la ética médica.⁹⁷ Entre los organismos que se oponen a que los profesionales de la salud adopten esta función se encuentran asociaciones internacionales de médicos, psiquiatras y enfermeras y asociaciones estadounidenses de médicos, personal de enfermería, especialistas en salud pública y técnicos en medicina de urgencia.

“La participación de personal médico para aliviar el sufrimiento durante los minutos finales de la vida de los condenados es un precio demasiado alto a pagar por la medicina en comparación con los daños que provoca legitimar la práctica de la ejecución mediante la participación de personal médico.”⁹⁸

⁹⁵ Véase, por ejemplo, el artículo de Koniaris y colaboradores y la correspondencia relacionada con él que aparece en el listado del Apéndice 1. Las investigaciones sobre los niveles de tiopental en la sangre deberían servir para determinar el posible sufrimiento experimentado por un preso durante el proceso de ejecución.

⁹⁶ Groner JI. “Lethal injection: a closer look”, *ABC News*, 16 de enero de 2007.

⁹⁷ Las críticas a la inyección letal desde el punto de vista de la ética han venido de Groner y LeGraw y Grodin entre otros (véase el Apéndice 1).

⁹⁸ Caplan A. “Should physicians participate in capital punishment?” *Mayo Clinic Proceedings* 2007; 82:1047-8.

Organismos médicos internacionales

Los organismos internacionales que han llegado a la conclusión de que la participación en las ejecuciones vulnera la ética médica son, entre otros:

Asociación Médica Mundial

La Asociación Médica Mundial adoptó por primera vez una firme resolución contra la participación de profesionales de la salud en las ejecuciones en 1981, cuando se programó la primera ejecución por inyección letal. Esta resolución se revisó y la organización resolvió en 2000 que “es contrario a la ética que participen médicos en la pena de muerte, de cualquier manera o durante cualquier etapa del proceso de ejecución”.⁹⁹

Asociación Mundial de Psiquiatría

La Asociación Mundial de Psiquiatría afirma en su Declaración de Madrid (1996): “Bajo ningún concepto puede un psiquiatra participar en ejecuciones legalmente autorizadas, ni en la evaluación de la capacidad mental de una persona para poder ser ejecutada”.¹⁰⁰

Consejo Internacional de Enfermeras

El Colegio Internacional de Enfermeras (CIE) viene manteniendo desde hace mucho una postura contraria a la pena de muerte: “Si bien el CIE considera que la pena de muerte es inaceptable, es claro [que] la responsabilidad de la enfermera para con el prisionero sentenciado a muerte se mantiene hasta la ejecución”. Y continúa:

*El CIE insta a sus asociaciones nacionales de enfermeras miembro (ANE) a que influyan en favor de la supresión de la pena de muerte; se opongan activamente a la tortura y a la participación de las enfermeras en las ejecuciones; e instauren mecanismos que proporcionen a las enfermeras asesoramiento y apoyo confidenciales en el cuidado de los prisioneros sentenciados a muerte o sometidos a tortura.*¹⁰¹

⁹⁹ Asociación Médica Mundial, resolución sobre la participación del médico en la pena de muerte aprobada en la 34ª Asamblea Médica Mundial celebrada en Lisboa, Portugal, del 28 de septiembre al 2 de octubre de 1981 y enmendada en la 52ª Asamblea Médica Mundial celebrada en Edimburgo, Escocia, en octubre de 2000.

¹⁰⁰ Asociación Mundial de Psiquiatría, Declaración de Madrid, aprobada por la Asamblea General de esta Asociación el 25 de agosto de 1996 y enmendada en Yokohama, Japón, en agosto de 2002. Disponible en: <http://www.wpanet.org/generalinfo/ethic1e.html>.

¹⁰¹ CIE, “La tortura, la pena de muerte y la participación de la enfermera en las ejecuciones”, adoptada en 1998 y revisada en 2006. Disponible en: <http://www.icn.ch/pstorturesp.htm>.

Comité Permanente de Médicos Europeos

El Comité Permanente de Médicos Europeos¹⁰² (*Comité permanent des médecins européens, CPME*), en su reunión de junio de 2007, aprobó una moción a favor de la suspensión universal de la pena de muerte en la que alababa al Consejo de la Unión Europea por la resolución que iba a presentar en las Naciones Unidas sobre la suspensión de la pena, y recordaba a los médicos europeos la necesidad de proteger la vida y no colaborar, participar ni estar siquiera presente en ejecuciones.

Una agrupación regional de asociaciones médicas declaró en septiembre de 2004 que “la pena de muerte constituye una forma inaceptable de castigo porque viola el derecho humano fundamental a la vida”.¹⁰³

Organismos médicos nacionales

En muchos países, las organizaciones nacionales de profesionales de la medicina han adoptado una postura contraria a la participación en las ejecuciones. Por ejemplo, la Asociación Médica Británica asumió una posición contraria a la pena de muerte en julio de 2001.¹⁰⁴ Las asociaciones médicas nacionales tanto de Guatemala como de Filipinas se opusieron a la participación de médicos en las ejecuciones por motivos de ética profesional cuando se implantó la pena de muerte en esos países.¹⁰⁵

En Estados Unidos, diversos organismos se han pronunciado en contra de la participación de profesionales de la salud en las ejecuciones.

Asociación Médica Estadounidense

La política de la Asociación Médica Estadounidense sobre la pena de muerte incluye una revisión detallada de lo que se entiende por participación en una ejecución y establece lo siguiente:

La opinión de una persona determinada sobre la pena capital es la decisión moral personal de esa persona. Un médico, como miembro de una profesión dedicada a preservar la vida cuando hay esperanza de hacerlo, no debe participar en una

¹⁰² El Comité Permanente de Médicos Europeos representa a todos los médicos de la Unión Europea (UE), aproximadamente dos millones. Es un organismo integrado por las asociaciones médicas nacionales de la UE y que también incluye a miembros asociados (de países que se encuentran actualmente en negociaciones con la UE), organizaciones asociadas (asociaciones médicas europeas especializadas) y observadores. Véase <http://www.cpme.be/>.

¹⁰³ Junta del Consejo de Asociaciones Médicas Nórdicas. Resolución del 16 de septiembre de 2004.

¹⁰⁴ La Asociación Médica Británica, en su reunión anual de representantes celebrada en Bournemouth, Inglaterra, en julio de 2001, adoptó la siguiente declaración de principios: “La Asociación Médica Británica se opone a la pena de muerte en todo el mundo”.

¹⁰⁵ Véase Amnistía Internacional, *La inyección letal*, 1999.

ejecución autorizada legalmente.¹⁰⁶ La participación de médicos en ejecuciones se define generalmente como una acción que entra en una o más de las siguientes categorías: 1) una acción que sea causa directa de la muerte de la persona condenada, 2) una acción que contribuya o vele por la capacidad de otro individuo de causar directamente la muerte de la persona condenada, y 3) una acción que pueda poner en marcha automáticamente la ejecución de la persona condenada.

La participación de médicos en una ejecución incluye, si bien no se limita a ellas, las siguientes acciones: recetar o administrar tranquilizantes u otra medicación y sustancias psicotrópicas que formen parte del procedimiento de ejecución; controlar las constantes vitales in situ o a distancia (incluida la monitorización de electrocardiogramas); observar o asistir a una ejecución en calidad de médico; y prestar asesoramiento técnico en relación con una ejecución.

*En caso de que el método de ejecución sea la inyección letal, un médico estaría participando en la ejecución si llevase a cabo las siguientes acciones: elegir los lugares para la aplicación de la inyección; colocar una vía intravenosa en la que introducir un dispositivo de administración de la inyección letal; recetar, preparar, administrar o supervisar las sustancias a inyectar o sus dosis o tipos; inspeccionar, someter a prueba o efectuar el mantenimiento de dispositivos de administración de la inyección letal; y asesorar o supervisar al personal que administra la inyección letal.*¹⁰⁷

Asociación Estadounidense de Enfermería

El código deontológico de la Asociación Estadounidense de Enfermería establece:

La obligación de abstenerse de causar la muerte es de larga data y no debe dejar de cumplirse ni siquiera cuando ello sea legal. Participar en la pena capital va en contra de estos preceptos éticos y de los objetivos de la profesión. La Asociación Estadounidense de Enfermería se opone firmemente a toda forma de participación, independientemente de la modalidad que ésta adopte, ya se actúe bajo una autoridad legal civil o militar. El personal de enfermería debe abstenerse de participar en la aplicación de la pena capital y no debe tomar parte en la evaluación, supervisión o monitoreo del procedimiento ni del preso proporcionando, recetando o preparando medicamentos o soluciones; insertando el catéter intravenoso; inyectando la solución letal; o asistiendo a la ejecución o siendo testigo de ella en su calidad de profesional de la enfermería. El hecho de que actualmente la pena capital cuente con el apoyo de

¹⁰⁶ La negrita es añadida.

¹⁰⁷ Asociación Médica Estadounidense. "E2.06 Capital Punishment". <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/8419.html>.

*muchos sectores de la sociedad no exime al personal de enfermería de la obligación de respetar los mandatos éticos de su profesión.*¹⁰⁸

Colegio de Médicos de Estados Unidos

El código deontológico del Colegio de Médicos de Estados Unidos establece: “La participación de médicos en la ejecución de presos, salvo para certificar la muerte, es contraria a la ética”.¹⁰⁹ El Colegio de Médicos de Estados Unidos fue también coautor en 1994 de un estudio sobre los profesionales de la medicina y la pena de muerte en Estados Unidos.¹¹⁰

Asociación Estadounidense de Salud Pública

La Asociación Estadounidense de Salud Pública ha adoptado más de una declaración de principios sobre la pena de muerte. En 1985 resolvió que “no se debe exigir ni esperar que los profesionales de la salud, como miembros de una profesión dedicada a preservar la vida cuando hay esperanza de hacerlo, participen en ejecuciones autorizadas legalmente”.¹¹¹

En 1986, la Asociación Estadounidense de Salud Pública resolvió:

1. invitar a los poderes legislativos del ámbito nacional y estatal a abolir la pena capital;
2. instar a los responsables del poder ejecutivo a que ejerzan su influencia para evitar que se imponga o se ejecute una sentencia de muerte; y
3. alentar a las organizaciones profesionales de personal sanitario a que trabajen en pro de la abolición de la pena capital y traten de convencer a sus miembros de que no participen en la ejecución de la pena de muerte ni contribuyan a que se lleve a cabo.¹¹²

En 2001, esta Asociación resolvió lo siguiente:

¹⁰⁸ Asociación Estadounidense de Enfermería, *Nurses' Participation in Capital Punishment*, 8 de diciembre de 1994. Disponible para miembros en: <http://www.nursingworld.org>.

¹⁰⁹ Colegio de Médicos de Estados Unidos. *Ethics Manual*. 5ª edición, 2005. Disponible en: <http://www.acponline.org/ethics/ethicman5th.htm>.

¹¹⁰ American College of Physicians et al. *Breach of Trust: Physician Participation in Executions in the United States*. Nueva York: Human Rights Watch, 1994. Disponible en: <http://hrw.org/reports/1994/usdp/index.htm>.

¹¹¹ Asociación Estadounidense de Salud Pública. *Policy statement 8521. Participation of Health Professionals in Capital Punishment*. Washington DC, 1985.

¹¹² Asociación Estadounidense de Salud Pública. *Policy statement 8611. Abolition of the Death Penalty*. Washington DC, 1986.

La Asociación Estadounidense de Salud Pública reitera la declaración conjunta que dirigió en 1994¹¹³ a todos los colegios profesionales y consejos estatales de disciplina y de regulación del ejercicio de la profesión de que la participación de profesionales de la salud en las ejecuciones o en los procedimientos previos a ella constituye una violación grave de los códigos deontológicos y debe considerarse motivo de adopción de medidas disciplinarias activas, incluida la expulsión del colegio y la inhabilitación profesional.¹¹⁴

Asociación Nacional de Técnicos en Medicina de Emergencia

El órgano profesional que representa al personal técnico en medicina de urgencia, la Asociación Nacional de Técnicos en Medicina de Emergencia, adoptó en 2006 una declaración en la que manifestaba así su postura:

La Asociación Nacional de Técnicos en Medicina de Emergencia se opone enérgicamente a la participación de técnicos en medicina de emergencia, auxiliares médicos y otros profesionales de la medicina de emergencia en la aplicación de la pena capital. La participación en ejecuciones se considera contraria a las metas fundamentales y obligaciones éticas de los servicios médicos de emergencia.¹¹⁵

¹¹³ En marzo de 1994, a raíz de la preocupación por el número cada vez mayor de ejecuciones que exigían la participación de profesionales de la salud, la Asociación Estadounidense de Salud Pública (APHA), en colaboración con el Colegio de Médicos de Estados Unidos, la Sociedad Estadounidense de Medicina Interna, la Asociación Médica Estadounidense y la Asociación Estadounidense de Enfermería, afirmó públicamente que los códigos deontológicos de las profesiones de la salud prohíben participar en ejecuciones y que, dado que estos códigos son parte integrante de la mayoría de las leyes estatales que regulan la práctica de médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud, la participación de profesionales de la salud en las ejecuciones vulnera la legislación estatal. APHA et al. "Health care professional participation in capital punishment: statement from professional societies regarding disciplinary action", comunicado de prensa del 23 de marzo de 1994. Publicado en *Nation's Health*, noviembre de 1994.

¹¹⁴ Asociación Estadounidense de Salud Pública, *Policy statement 200125, "Participation of Health Professionals in Capital Punishment"*, Washington DC, 2001.

¹¹⁵ Asociación Nacional de Técnicos en Medicina de Emergencia, "Position Statement on EMT and Paramedic Participation in Capital Punishment", declaración adoptada el 9 de junio de 2006.

Disponible en: <http://www.naemt.org/aboutNAEMT/capitalpunishment.htm>

Sociedad Estadounidense de Anestesiología

A raíz del fallo de un tribunal de Misuri que exigía la participación de anestesiólogos en el proceso de ejecución,¹¹⁶ Orin Guidry, presidente de la Sociedad Estadounidense de Anestesiología, reconoció que los anestesiólogos constituían la única vía para lograr lo que pedía el tribunal, pero escribió:

*Un anestesiólogo que acatará el fallo del tribunal de Misuri [que exige la participación de un médico con formación en la aplicación y administración de anestesia] estaría sin duda, y a pesar de la postura de dicho tribunal sobre sus obligaciones éticas, violando la postura de la Asociación Médica Estadounidense adoptada por la Sociedad Estadounidense de Anestesiología. A mi entender, el tribunal no puede modificar los principios éticos de los médicos a fin de que se ajusten a sus necesidades.*¹¹⁷

La Sociedad aprobó posteriormente una “Declaración sobre la no participación de médicos en ejecuciones autorizadas legalmente”.¹¹⁸ En esta declaración se afirmaba que: “aunque la inyección letal remeda ciertos aspectos técnicos de la práctica de la anestesia, *la pena capital, en cualquiera de sus formas, no constituye una práctica médica*; que “la ejecución legal no debe precisar de la participación de profesionales de la anestesiología ni de ningún otro profesional de la medicina” y que la Sociedad Estadounidense de Anestesiología “desaconsejaba enérgicamente la participación de anestesiólogos en las ejecuciones”.¹¹⁹

¹¹⁶ En septiembre de 2006, el juez que exigió la participación en las ejecuciones por inyección letal de médicos reconocidos por el estado como especialistas en anestesiología, modificó esta condición y afirmó que, si bien “es preferible” un médico especialista en anestesiología, sería aceptable que “un médico con formación en la aplicación y administración de anestesia se encargara de mezclar las sustancias químicas o de supervisar la mezcla de sustancias para la inyección letal”. Véase *Kansas City Star*, 13 de septiembre de 2006, <http://www.kansascity.com/mld/kansascity/news/local/15503882.htm>. Algunos anestesiólogos respaldaron la petición inicial del juez. En septiembre de 2007 el Dr. David Waisel, en un artículo publicado en *Mayo Clinic Proceedings* (82:1073-80), sostuvo que los condenados tienen derecho a recibir asistencia médica al final de su vida cuando son ejecutados. “Si partimos de la premisa de que la participación de médicos haría más humanas las ejecuciones, el hecho de que la muerte del preso no redunde en su beneficio ¿deja sin efecto la petición de que se alivie su sufrimiento?” se preguntaba, y concluía: “debemos permitir la participación de médicos en la aplicación de la pena capital”.

¹¹⁷ Guidry OF, “Observations regarding lethal injection”. Véase *ASA News*: <http://www.asahq.org/news/asanews063006.htm>.

¹¹⁸ Aprobada por la cámara de representantes de la Sociedad Estadounidense de Anestesiología el 18 de octubre de 2006. Disponible en: <http://www.asahq.org/publicationsAndServices/standards/41.pdf> (consultada el 13 de junio de 2007).

¹¹⁹ En cursiva en el original.

Asociación Psicológica Estadounidense

En 2001, la Asociación Psicológica Estadounidense manifestó lo siguiente:

Apelamos a cada jurisdicción de Estados Unidos que impone la pena capital para que no ejecute la pena de muerte hasta que dicha jurisdicción aplique políticas y procedimientos cuya capacidad de corregir las deficiencias identificadas [con anterioridad en la resolución] se pueda demostrar mediante investigaciones psicológicas y de otras ciencias sociales.¹²⁰

Directrices éticas que no se aplican

Numerosas sociedades o asociaciones médicas estatales de Estados Unidos han adoptado a su vez posturas sobre la participación de médicos en las ejecuciones. Aunque en conjunto existe el consenso de que la participación de los profesionales de la salud en las ejecuciones transgrede la ética médica, no hay demasiado empeño en adoptar medidas cuando una persona no se atiene a estos principios éticos. Amnistía Internacional no tiene conocimiento de que ningún organismo profesional haya sancionado a ningún profesional de la salud o se haya logrado que éste rinda cuentas ante un organismo regulador de la profesión médica por haber participado en una ejecución mediante inyección letal en contravención del código deontológico aplicable a su profesión.

No queda claro hasta qué punto han calado en la comunidad médica estas posturas éticas. Un estudio publicado el 2001 sondeó la opinión de 1.000 miembros de la Asociación Médica Estadounidense y reveló que, de los 413 que respondieron, el 41 por ciento estaba dispuesto a llevar a cabo al menos una de las actividades prohibidas por las directrices de la Asociación Médica Estadounidense. Entre ellos había un número significativo de profesionales que se mostraron dispuestos a inyectar veneno en las venas del preso.¹²¹ Solamente un tres por ciento de las personas encuestadas sabía que existían unas directrices sobre esta cuestión.¹²²

¹²⁰ Asociación Psicológica Estadounidense. *Resolution: the Death Penalty in the United States*, 26 de agosto de 2001. Disponible en: <http://www.apa.org/pi/deathpenalty.html> (consultada el 11 de junio de 2007). Esta resolución no trata sobre la inyección letal en concreto sino sobre la pena de muerte en general.

¹²¹ Farber NJ, Aboff BM, Weiner J et al. "Physicians' willingness to participate in the process of lethal injection for capital punishment". *Annals of Internal Medicine*, 2001; 13:884–888.

¹²² *Ibíd.*

Amnistía Internacional sólo tiene conocimiento de unos pocos estudios similares sobre las actitudes de los médicos en otros países.¹²³

Cuadro 4

Médicos y ejecuciones en Carolina del Norte

Los médicos de Carolina del Norte que supervisan ejecuciones están contraviniendo las directrices éticas médicas estatales y nacionales. Sin embargo, no se ha sancionado a ningún médico que haya desempeñado esta función debido a una ley estatal que protege la identidad del médico.

Según las directrices de la Asociación Médica Estadounidense y la Sociedad Médica de Carolina del Norte, a los médicos que asisten a las ejecuciones en la prisión central de Raleigh sólo les está permitido certificar la muerte de un condenado o recetar medicación que contribuya a aliviar ataques agudos de dolor o ansiedad.

Sin embargo, en Carolina del Norte los médicos controlan las constantes vitales de los condenados mientras otros empleados les inyectan una serie de sustancias letales que acaban con su vida.

“La utilización del criterio y las habilidades clínicas de un médico para objetivos que no sean los de promover la salud y el bienestar de una persona socava un fundamento ético básico de la medicina: ante todo, no dañar. Por lo tanto, exigir que los médicos participen en las ejecuciones es una violación de su juramento de proteger la vida y merma la confianza del público en la profesión médica” afirmó en febrero de 2007 la doctora Priscilla Ray, de la Asociación Médica Estadounidense, reiterando la postura de esta Asociación.¹²⁴

El Consejo Médico de Carolina del Norte decidió en 2007 que los médicos que participasen en ejecuciones estarían contraviniendo la ética médica y podrían ser sancionados.¹²⁵

¹²³ En uno de estos escasos estudios se utilizó un cuestionario para investigar las actitudes de la profesión médica danesa ante la pena capital y la participación en las ejecuciones. En total se enviaron 1.011 cuestionarios a una parte representativa de los médicos de Dinamarca. De los 591 que contestaron, 474 (80%) dijeron que la pena capital no era una forma aceptable de castigo, mientras que 76 (13%) consideraban aceptable la pena capital. Veinte médicos (3%) estaban dispuestos a participar de forma activa en ejecuciones a pesar de la férrea oposición de las Asociaciones Médicas Nórdicas y de la Asociación Médica Mundial. Tulenius A-C, Andersen PM, Holm SA. “Questionnaire investigation about the attitude of the Danish medical profession to capital punishment”. *Ugeskr Læger* 1989; 151: 2252-5.

¹²⁴ Comunicado de prensa de la Asociación Médica Estadounidense, 17 de febrero de 2006. Disponible en: <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/16007.html> (consultada el 21 de marzo de 2007).

¹²⁵ Véase *supra*, pág. 20.

En Estados Unidos la crítica basada en la ética ha adquirido mayor relevancia desde que en California, en la causa de Michael Angelos Morales, se falló que en una ejecución por inyección letal debía participar un profesional de la medicina a fin de garantizar que ésta se llevase a cabo de manera competente de acuerdo con las normas médicas. El efecto de este fallo ha sido el de fomentar la adopción de una postura ética contraria a la participación (si bien no ha puesto fin a las ejecuciones). La sentencia de 2006 de un tribunal de Misuri en el caso de Michael Taylor, que exigía la participación de un médico con formación en la aplicación y administración de la anestesia, no hizo sino aumentar la preocupación por el hecho de que se haga participar a médicos en homicidios estatales por orden judicial.

Razones para la participación de profesionales de la medicina en las ejecuciones

Aunque las razones por las que el Estado quiere que los profesionales de la salud participen en las ejecuciones están claras, apenas hay investigaciones sobre cuál es la motivación de los médicos que deciden participar en la aplicación de la pena de muerte. No obstante, un artículo de Atul Gawande publicado en *New England Journal of Medicine* en marzo de 2006 abordaba precisamente la cuestión de por qué los médicos participan en las ejecuciones.¹²⁶ El artículo hace un análisis pormenorizado de las entrevistas que el autor hizo a cinco profesionales de la salud, cuatro médicos y un enfermero, que habían participado en 45 ejecuciones. Algunos de los temas que surgieron fueron la falta de un análisis ético sobre su participación, la creencia de que lo que se estaba llevando a cabo se ajustaba a la ley, y la opinión de que los presos tenían derecho a ser tratado de forma competente incluso cuando se estaba acabando con su vida.

El Dr. Gawande llegaba a la siguiente conclusión:

Los argumentos de los médicos y el enfermero sobre la competencia y el bienestar durante el proceso de ejecución tienen cierto peso, pero por más que deseen poder ayudar al preso, parece claro que éste no es en realidad su paciente. A diferencia de los verdaderos pacientes, un preso no tiene la capacidad de negarse a recibir los “cuidados” del médico; de hecho, ni siquiera se permite al preso o a su familia conocer su identidad. Además, la asistencia médica que se le proporciona atiende ante todo a los objetivos del gobierno y no a las necesidades del preso en tanto que paciente. La medicina se convierte en un instrumento de castigo. La mano benefactora que coloca la vía intravenosa con la mayor delicadeza y programa el bolo de potasio con el mayor cuidado, es también la mano de la muerte. No podemos sustraernos a esta verdad.¹²⁷

El secreto que rodea a las ejecuciones en la mayoría de los países en los que se practican, entre ellos Estados Unidos, y que viene decretado por decisión judicial, hace difícil ver cómo

¹²⁶ Gawande A. “When law and ethics collide — why physicians participate in executions”. *New England Journal of Medicine*, 2006; 354:1221-9.

¹²⁷ *Ibid.* p.1229.

la participación en las ejecuciones podría llegar a considerarse una función rutinaria de los médicos. Es probable que con el tiempo, el conflicto entre la ética, la transparencia, la rendición de cuentas y la participación en las ejecuciones genere un mayor debate y análisis ético entre los profesionales de la salud y la sociedad en general, si bien los Estados probablemente seguirán promoviendo el secretismo y la falta de rendición de cuentas en relación con la participación de médicos en las ejecuciones.¹²⁸

Conclusión

A 31 de julio de 2007, 919 de las 1.084 ejecuciones llevadas a cabo en Estados Unidos desde la de Charlie Brooks en diciembre de 1982 han sido por inyección letal. Esta cifra representa un 85 por ciento del total de ejecuciones que tuvieron lugar en Estados Unidos en este período. En otras jurisdicciones en las que se han implantado las ejecuciones por inyección letal, la cantidad de ejecuciones por este método ha sido bastante reducida, tanto en porcentaje como en términos absolutos. En China se desconoce la cifra debido al secreto oficial, pero probablemente oscile entre varios centenares y más de un millar de las decenas de miles de ejecuciones llevadas a cabo desde 1997. En Guatemala han tenido lugar tres ejecuciones por inyección letal desde 1999; en Filipinas, siete desde 1999; y en Tailandia, cuatro desde 2003.

En la inmensa mayoría de las ejecuciones que tienen lugar en todo el mundo se sigue utilizando “tecnología antigua”, que comparte con la inyección letal los problemas inherentes a la pena de muerte: su crueldad; su carácter irreversible; el riesgo de que se ejecute a una persona inocente; su aplicación selectiva contra minorías y grupos marginados; y su inutilidad para el control efectivo de la delincuencia.

El reto que para la ética médica plantean las ejecuciones por inyección letal sigue constituyendo uno de los principales motivos de preocupación de los profesionales de la salud y las organizaciones de derechos humanos. Los organismos de profesionales de la salud de todos los países en los que hay legislación sobre la pena de muerte deberían contar con principios claros sobre la cuestión de la participación de los médicos en las ejecuciones y distribuirlos entre su membresía. Los organismos profesionales deberían tomarse en serio sus propios principios éticos e investigar las denuncias sobre personal médico, de enfermería u

¹²⁸ Representantes estatales de Oklahoma y Georgia aprobaron legislación que prohibía a los organismos que regulan la profesión médica castigar a médicos u otros profesionales de la medicina acreditados que participasen en ejecuciones. En Oklahoma, el proyecto de ley HB2660 fue aprobado por ambas cámaras y firmado por el gobernador el 10 de mayo de 2006. En Georgia se aprobó un proyecto similar, el HB57, con sólo un voto en contra en ambas cámaras. El gobernador lo firmó el 21 de abril de 2006 y entró en vigor el 1 de julio de 2006. No obstante, sigue abierto un proceso contra el Consejo Médico de Georgia por no sancionar a los médicos que participaron en la ejecución de Jose High. (*Arthur Zitrin v. GA Composite Board of Medical Examiners*, Causa N° A07A0914, Corte de Apelación del estado de Georgia.) En Carolina del Norte, la identidad de los médicos y del personal de enfermería que participan en las ejecuciones se considera confidencial al amparo de una ley estatal de 2004 surgida de un proyecto de ley para hacer “correcciones técnicas”. La ley sólo permite que sea un juez residente de la Corte Suprema quien ordene que se haga pública esta información cuando ello contribuya a la correcta administración de la justicia.

otros trabajadores de la salud que hayan participado en ejecuciones allí donde hacerlo va en contra de la ética imperante. Por supuesto los dilemas éticos podrían resolverse fácilmente si se dejase de utilizar la pena de muerte. Amnistía internacional insta a los profesionales de la salud y a todas las personas preocupadas por los derechos humanos a que trabajen para que se reduzca el sufrimiento de los condenados a muerte de acuerdo con las normas internacionales, para que cesen inmediatamente las ejecuciones y para lograr la abolición oficial de la pena de muerte.

Observaciones

En el momento de enviarse a imprimir este informe, en Tennessee y en Carolina del Norte (EE. UU.) se dictaron sentencias relacionadas con la inyección letal y la Corte Suprema estadounidense admitió a trámite de un recurso de apelación sobre el método de ejecución por inyección letal.

Tennessee: El 19 de septiembre de 2007, en la vista del recurso de apelación de Edward J. Harbison, el juez de distrito estadounidense Aleta A. Trauger falló que “la ejecución prevista del demandante en virtud del nuevo protocolo sobre la inyección letal del estado de Tennessee viola la Quinta Enmienda a la Constitución de Estados Unidos. El nuevo protocolo presenta un riesgo sustancial de causar dolor innecesario” y prohibió al estado de Tennessee ejecutar al peso. (El fallo y el memorándum correspondiente están disponibles en <http://www.tnmd.uscourts.gov/files/Harbison%20DE%20147%20Memorandum%20Opinion.pdf> y <http://www.tnmd.uscourts.gov/files/Harbison%20DE%20148%20Order.pdf> respectivamente.)

Carolina del Norte: El juez de la Corte Suprema Donald Stephens falló el 21 de septiembre de 2007 que el Consejo Médico de Carolina del Norte no podía seguir paralizando las ejecuciones al amenazar con sancionar a los médicos que participen en ellas. En el momento de redactarse este informe se ignora si el Consejo Médico apelará la sentencia (véase *supra*). (La sentencia sobre la causa del Departamento de Prisiones de Carolina del Norte y otros contra el Consejo Médico de Carolina del Norte está disponible en: <http://www.newsobserver.com/content/media/2007/9/21/DOC092107.pdf>.)

Corte Suprema de Estados Unidos: El 25 de septiembre de 2007, la Corte Suprema estadounidense admitió a trámite un recurso de apelación de dos condenados a muerte de Kentucky (*Baze et al contra Rees et al*) por el que impugnaban la constitucionalidad de los procedimientos de la ejecución por inyección letal en Kentucky. Se trataría de la primera vez que la Corte Suprema aceptaba considerar un recurso directo contra la inyección letal. La vista oral sobre el caso tendrá lugar a principios de 2008 y se espera que se tome una decisión antes de finales de junio de ese año.

Apéndice 1: Bibliografía adicional

Algunas publicaciones recientes relacionadas con aspectos éticos o médicos de la inyección letal:

Caplan AL. “Should physicians participate in capital punishment?” *Mayo Clinic Proceedings* 2007 82:1047-8.

Clark PA. “Physician participation in executions: care giver or executioner?” *Journal of Law, Medicine & Ethics* 2006; 34: 95–104.

Denno DW. “When legislatures delegate death: the troubling paradoxes behind state uses of electrocution and lethal injection and what it says about us”. *Ohio State Law Journal* 2002; 63: 63-128.

Denno DW. “The lethal injection quandary: how medicine has dismantled the death penalty”. *76 Fordham Law Review* (2007) (de próxima publicación).

Editors, PLoS Medicine. “Lethal injection is not humane”. *PLoS Med* 2007; 4(4): e171. Disponible en: http://medicine.plosjournals.org/archive/1549-1676/4/4/pdf/10.1371_journal.pmed.0040171-S.pdf.

Farber N, Davis EB, Weiner J, Jordan J, Boyer EG, Ubel PA. “Physicians’ attitudes about involvement in lethal injection for capital punishment”. *Archives of Internal Medicine*, 23 de octubre de 2000;160(19):2912-6.

Farber NJ, Aboff BM, Weiner J, Davis EB, Boyer EG, Ubel PA. “Physicians’ willingness to participate in the process of lethal injection for capital punishment”. *Annals of Internal Medicine*, 2001;135(10):884-8.

Gawande A. “When law and ethics collide — why physicians participate in executions”. *New England Journal of Medicine*, 2006; 354:1221-9.

Groner JJ. “Lethal injection: a stain on the face of medicine”. *BMJ*, 2002; 325:1026-1028. Disponible en: <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/325/7371/1026>.

Groner JJ. “Lethal Injection and the medicalization of capital punishment in the United States”. *Health and Human Rights* 6(1):65-79, 2002.

Groner JJ. “Lethal injection: the medical charade”. *Ethics & Medicine* 2004, 20: 25-32.

Human Rights Watch. *So Long as They Die: Lethal Injections in the United States*. Nueva York, 2006. Disponible en: <http://hrw.org/reports/2006/us0406/>.

Koniaris LG, Zimmers TA, Lubarsky DA, Sheldon JP. “Inadequate anaesthesia in lethal injection for execution”. *Lancet*, 2005; 365(9468):1412-4. Véase también la correspondencia conexas: Groner JI, *Lancet*, 2005;366(9491):1073, Heath MJ, Stanski DR, Pounder DJ, *Lancet*, 2005; 366(9491):1073-4; Weisman RS, Bernstein JN, Weisman RS, *Lancet*, 2005; 366(9491):1074; y la respuesta del autor: *Lancet* 2005; 366(9491):1074-6.

Koniaris LG, Sheldon JP, Zimmers TA. “Can lethal injection for execution really be ‘fixed?’” *Lancet* 2007; 369: 352–353.

Kreitzberg E. Richter D. “But Can it Be Fixed? A Look at Constitutional Challenges to Lethal Injection Executions”. *Santa Clara Law Review*, Vol. 47, No. 3, 2007
Disponibile en Social Science Research Network (SSRN):
<http://ssrn.com/abstract=995812>.

Lanier WL, Berge KH. “Physician involvement in capital punishment: simplifying a complex calculus”. *Mayo Clinic Proceedings* 2007; 82:1043-6.

LeGraw J, Grodin M., “Health professionals and lethal injection execution in the United States”. *Human Rights Quarterly*, 2002; 24:382-423.

Lerman DN. “Second opinion: inconsistent deference to medical ethics in death penalty jurisprudence”. *Georgetown Law Journal* 2007; 95:1941-78.

Waisel D. “Physician participation in capital punishment”. *Mayo Clinic Proceedings* 2007; 82:1073-80.

Zimmers TA, Lubarsky DA. “Physician participation in lethal injection executions”. *Current Opinions in Anesthesiology* 2007; 20(2):147-51.

Zimmers TA, Sheldon JP, Lubarsky DA, López-Muñoz F, Waterman L, *et al.* “Lethal injection for execution: Chemical asphyxiation?” *PLoS Med* 2007; 4(4): e156. Disponible en:
http://medicine.plosjournals.org/archive/1549-1676/4/4/pdf/10.1371_journal.pmed.0040156-S.pdf.

Apéndice 2: La implantación de las ejecuciones por inyección letal

Tabla 4: Cronología sobre la implantación de leyes y prácticas de la ejecución por inyección letal

País	Implantación de la ley sobre la inyección letal	Primera ejecución por inyección letal
EE. UU.	1977 [Oklahoma, Texas]	7 de diciembre de 1982 [Texas]
Taiwán	1992	Ninguna hasta la fecha
China	Marzo de 1996 (entró en vigor en enero de 1997)	Marzo de 1997
Guatemala	1997	10 de febrero de 1998
Filipinas	1999	5 de febrero de 1999
Tailandia	Octubre de 2003	Diciembre de 2003

Las inyecciones letales pasaron a ser un método de ejecución legal por primera vez en Oklahoma, EE. UU, en 1977. El 11 de mayo de 1977, el estado de Oklahoma implantó legislación que autorizaba esta forma de ejecución. El personal médico participó en ellas desde el principio, a instancias de los responsables políticos. La metodología había sido desarrollada por el médico forense estatal y el jefe del Departamento de Anestesiología de la Facultad de Medicina de Oklahoma, a petición de un miembro de la Asamblea Estatal y un senador del estado.¹²⁹

Texas aprobó legislación similar al día siguiente, al parecer sin llevar a cabo investigaciones adicionales, y posteriormente otros estados comenzaron a elaborar leyes que autorizaban las ejecuciones por inyección letal.

En 1981, cinco estados de Estados Unidos disponían de legislación que permitía la ejecución por inyección letal. Otros estados implantaron una legislación parecida, por lo general especificando, por ley o en la práctica, la utilización de tres sustancias químicas: el tiopental sódico, el bromuro pancurónico y el cloruro potásico.

¹²⁹ Human Rights Watch. *So Long as They Die. Lethal Injections Executions in the United States*. Nueva York, abril de 2006. Disponible en: <http://hrw.org/reports/2006/us0406/index.htm>. Véase además Denno DW., “The lethal injection quandary: how medicine has dismantled the death penalty” (1 de mayo de 2007). Fordham Legal Studies Research Paper No. 983732. Disponible en SSRN: <http://ssrn.com/abstract=983732>.

La primera ejecución por inyección letal se llevó a cabo en Texas el 7 de diciembre de 1982, cuando se puso fin a la vida de Charles Brooks, un afroamericano. Dos médicos asistieron a la ejecución y vigilaron la muerte del condenado. La segunda ejecución de este tipo tuvo lugar, también en Texas, 15 meses después, el 14 de marzo de 1984; aquel año se llevaron a cabo otras dos ejecuciones por inyección letal en Texas y dos más, entre ellas la de una mujer, en Carolina del Norte.¹³⁰

¹³⁰ Las personas ejecutadas después de Charles Brooks fueron: *en Texas*: James Autry, 14 de marzo de 1984; Ronald O'Bryan, 31 de marzo de 1984; Thomas Barefoot, 30 de octubre de 1984; *en Carolina del Norte*: James Hutchins, 16 de marzo de 1984; Velma Barfield, 2 de noviembre de 1984.

Apéndice 3: La utilización de órganos de presos ejecutados en China

Una cuestión relacionada con las ejecuciones que tiene consecuencias adicionales sobre los derechos humanos y la ética médica es la de la extirpación y el trasplante de órganos con fines comerciales. Amnistía Internacional lleva denunciando la práctica de la extirpación de órganos de presos ejecutados en China desde 1993.¹³¹ Su preocupación en relación con esta práctica surgió por el vínculo existente entre los procesos de trasplante y de ejecución, los efectos que ello tenía sobre la práctica ética de la medicina con los presos y sus repercusiones sobre la reforma de la pena de muerte. Tales motivos de preocupación persisten y se han agravado con la llegada de las ejecuciones por inyección letal debido a la participación de profesionales de la medicina en el proceso de ejecución. La cuestión de hasta qué punto pueden los presos dar su consentimiento en un entorno intrínsecamente coactivo ha llevado a varios organismos médicos a limitar la utilización del consentimiento como un sistema mediante el que evaluar si los procedimientos de trasplante relacionados con presos son éticamente aceptables.¹³²

En 1995, Amnistía Internacional denunció que en China se seguían utilizando a gran escala órganos procedentes de presos ejecutados,¹³³ y citó un artículo que sugería que hasta el 90 por ciento de los órganos utilizados para trasplantes en China procedían de presos ejecutados.¹³⁴

¹³¹ Dos años antes, Amnistía Internacional había denunciado la utilización de órganos de presos ejecutados en Taiwán para su trasplante; véase Amnistía Internacional, *Executions and organ transplants*, Índice AI: ASA 38/11/91, 8 de julio de 1991, y *China: Víctimas a miles. La pena de muerte en 1992*, Índice AI: ASA 17/09/93. Un informe de Human Rights Watch de 1994 proporcionaba más pruebas sobre esta práctica, incluido el texto de un decreto gubernamental sobre “Normas temporales relacionadas con la utilización de los cadáveres o de órganos extraídos de los cadáveres de delincuentes ejecutados”, 9 de octubre de 1984. Apéndice 2 de *China: Organ Procurement and Judicial Execution in China*, Human Rights Watch, agosto de 1994, disponible en: <http://www.hrw.org>.

¹³² La Sociedad Internacional de Trasplantes de Corazón y Pulmón aprobó en abril de 2007 una *Declaración sobre la ética de los trasplantes* en la que entre otras cosas se decía: “Obtener órganos para trasplante procedentes de cuerpos de presos ejecutados contraviene el principio de la donación voluntaria. Un condenado y sus familiares no están en disposición de consentir libremente. Además, semejantes prácticas constituyen un perverso incentivo para que aumente el número de ejecuciones y favorecen la corrupción en el proceso judicial”. Esta declaración se encuentra disponible en: <http://www.ishlt.org/ContentDocuments/Transplant%20ethics%20statement.doc>.

¹³³ Amnistía Internacional. *China: Acción Médica. El uso de órganos de presos ejecutados*, Índice AI: ASA 17/001/1995, marzo de 1995.

¹³⁴ Guttman RD. “On the use of organs from executed prisoners”. *Transplantation Reviews*, 1992,6:189-93. En este artículo se recomendaba que los presos ejecutados no constituyesen una fuente de órganos para trasplante, una postura adoptada posteriormente por la Sociedad de Trasplantes.

Siguieron apareciendo informes esporádicos sobre la utilización de órganos de presos ejecutados. Por ejemplo, en 1999 Cameron y Hoffenberg afirmaron, citando al profesor Lei Shili, que 3.200 riñones habían sido extraídos de 1.600 condenados en 1996.¹³⁵ En 2001, el doctor Thomas Diflo, cirujano estadounidense especialista en trasplantes, afirmó que estaba atendiendo pacientes que habían recibido un trasplante de riñón en China y manifestó que, a partir de sus experiencias y de los testimonios de sus pacientes, estaba convencido de que estos órganos procedían de presos ejecutados en China.¹³⁶

En una conferencia internacional sobre trasplantes de hígado celebrada en julio de 2005, el viceministro de Salud chino Huang Jiefu admitió, según los informes, que la mayoría de los órganos que se utilizan para trasplantes en China proceden de presos ejecutados.¹³⁷ En marzo de 2006, especialistas chinos en trasplantes calcularon que actualmente casi el 99 por ciento de los órganos trasplantados podrían tener este origen.¹³⁸

En septiembre de 2006, en una rueda de prensa ordinaria se le preguntó al portavoz del Ministerio de Asuntos Exteriores chino Qin Gang acerca de los trasplantes de órganos en su país, y éste respondió:

*En China, la utilización de los cuerpos y los órganos de presos ejecutados se hace con mucha prudencia, y se aplican las normas pertinentes de forma estricta. Se exigen las siguientes condiciones: primero, debe obtenerse por escrito el consentimiento del preso que va a ser ejecutado. Segundo, debe obtenerse la aprobación de las autoridades de salud provinciales y del tribunal superior popular. Tercero, los hospitales y las instituciones implicadas deben tener la aprobación de las autoridades de salud supraprovinciales, y tiene que haberse verificado que cumplen los requisitos.*¹³⁹

¹³⁵ Cameron JS, Hoffenberg R. "The ethics of organ transplantation reconsidered: paid organ donation and the use of executed prisoners as donors". *Kidney International*, 1999; 55:724-32.

¹³⁶ Baard E, Cooney R. "China's execution, Inc.", *Village Voice*, 2-8 de mayo de 2001. Disponible en: <http://www.villagevoice.com/news/0118.baard.24344.1.html>.

¹³⁷ Véase "Accelerating the regulation of organ transplants", *Caijing Magazine*, 28 de noviembre de 2005, págs. 118-120.

¹³⁸ "Top surgeon says he has seen only 20 cases of voluntary donation," *South China Morning Post*, 1 de abril de 2006.

¹³⁹ Rueda de prensa del 28 de septiembre de 2006. Véase el sitio web del Ministerio de Asuntos Exteriores: <http://www.fmprc.gov.cn/eng/xwfw/s2510/t274295.htm>, consultado el 10 de octubre de 2006.

Algunos cirujanos chinos especializados en trasplantes de órganos no parecen tener la conciencia tranquila con respecto a su participación en la extracción de órganos de personas ejecutadas. Según una noticia que apareció en los medios de comunicación en abril de 2006, un cirujano chino declaró:

*Hasta cierto punto, los médicos son parte de la ejecución. A muchos médicos jóvenes les resulta demasiado difícil aceptarlo... pero si uno quiere realizar los trasplantes debe hacer frente a la realidad.*¹⁴⁰

El trasplante de órganos se ha convertido en un negocio sumamente rentable, en especial desde que se privatizó la atención de la salud en China. Es motivo de honda preocupación que la posibilidad de obtener ganancias con estas transacciones, combinada con la corrupción, al parecer generalizada en el seno de la policía, los tribunales y los hospitales, pueda dar lugar a prácticas abusivas. Esta actividad también puede convertirse en un incentivo económico para mantener la pena de muerte.

Los sitios web chinos de trasplante de órganos, dirigidos a clientes extranjeros en busca de este tipo de trasplantes, utilizan al parecer órganos de presos ejecutados. Por ejemplo, Bek-Transplant.com, en su sección de preguntas frecuentes, admitió abiertamente en 2006 que los órganos que utiliza provienen de “personas que han sido ejecutadas en China”. Esta pregunta ya no aparece en el sitio web.¹⁴¹

El 28 de marzo de 2006, el Ministerio de Salud chino publicó un nuevo reglamento relativo a los trasplantes de órganos que entró en vigor el 1 de julio de 2006.¹⁴² En él se prohíbe la compraventa de órganos y se subraya que los órganos sólo pueden extraerse con el consentimiento por escrito del donante. Sin embargo, personas expertas en medicina han criticado este reglamento debido a que no aborda la esencia del problema. Por ejemplo, el profesor Chen Zhonghua, especialista en trasplantes de órganos que, según los informes, ayudó a redactar el reglamento, ha declarado que éste sólo ofrece directrices con relación a los trasplantes de órganos de donantes vivos y no aborda cuestiones fundamentales como el origen de los órganos.¹⁴³ El 24 de octubre de 2006, el *South China Morning Post* citó las palabras de un médico que

¹⁴⁰ *South China Morning Post*, 1 de abril de 2006.

¹⁴¹ La siguiente pregunta y la respuesta han sido eliminadas del sitio web <http://www.bek-transplant.com>: “¿Proceden los órganos de donantes vivos o muertos? Los órganos donados proceden de personas que han sido ejecutadas en China.” (Consultada el 3 de mayo de 2006; la página web en la que se había eliminado la pregunta se consultó el 23 de marzo de 2007.)

¹⁴² “Reglamento temporal relativo a la administración y aplicación clínica de la tecnología del trasplante de órganos”, disponible en chino en: <http://www.mol.org.cn/news/NewsList.asp?newsid=4230&boardid=14>.

¹⁴³ “New organ transplant rules released”, *South China Morning Post*, 28 de marzo de 2006.

había participado en la redacción del reglamento y que pensaba que “debería meditarse cuidadosamente la utilización de los órganos de presos ejecutados y sería mejor que en el futuro no se usasen”. Añadía no obstante que “como China no tiene manera de sustituirlos... mientras haya una demanda enorme de órganos, no se prohibirá expresamente el uso de órganos de presos ejecutados”.

Queda por ver hasta qué punto se hará cumplir el nuevo reglamento. Las normas médicas internacionales disponen que los trasplantes de órganos sólo pueden llevarse a cabo “de forma voluntaria” y con el consentimiento “libre e informado” del donante. Amnistía Internacional considera que las personas que se enfrentan al trauma y la angustia de la ejecución inminente no están en disposición de dar tal consentimiento. Además, el secreto que rodea la aplicación de la pena de muerte en China hace imposible verificar que se haya dado dicho consentimiento, independientemente del método de ejecución. Tampoco ha sido posible esclarecer las prácticas concretas que establecen un nexo entre la inyección letal y los trasplantes.