



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE DERECHO.

SEMINARIO DE DERECHO PENAL.

"ASPECTOS JURIDICOS Y MEDICO LEGALES DE LA
EUTANASIA EN MEXICO Y LA NECESIDAD DE SU
LEGALIZACION"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN DERECHO
P R E S E N T A :
JOSE RUBEN HERRERA OCEGUEDA

ASESOR: DR. FERNANDO FLORES GARCIA



MEXICO, D. F.

2002

**TESIS CON
FALLA LE OR:GEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Paginación Discontinua



UNIVERSIDAD NACIONAL
AVENIDA DE
MEXICO

FACULTAD DE DERECHO
SEMINARIO DE DERECHO PENAL

DIRECTOR GENERAL DE LA ADMINISTRACION
ESCOLAR DE LA U.N.A.M.
P R E S E N T E.

El alumno HERRERA OCEGUEDA JOSE RUBEN, ha elaborado en este Seminario a mi cargo y bajo la dirección del DR. FERNANDO FLORES GARCIA, la tesis profesional intitulada "ASPECTOS JURIDICOS Y MEDICO LEGALES DE LA EUTANASIA EN MEXICO Y LA NECESIDAD DE SU LEGALIZACION", que presentará como trabajo recepcional para obtener el título de Licenciado en Derecho.

El profesor DR. FERNANDO FLORES GARCIA, en su calidad de asesor, nos comunica que el trabajo ha sido concluido satisfactoriamente, que reúne los requisitos reglamentarios y académicos, y que lo aprueba para su presentación en exámen profesional.

Por lo anterior, comunico a usted que la tesis "ASPECTOS JURIDICOS Y MEDICO LEGALES DE LA EUTANASIA EN MEXICO Y LA NECESIDAD DE SU LEGALIZACION" puede imprimirse, para ser sometida a la consideración del H. Jurado que ha de examinar al alumno HERRERA OCEGUEDA JOSE RUBEN.

En la sesión del día 3 de febrero de 1998, el Consejo de Directores de Seminario acordó incluir en el oficio de aprobación la siguiente leyenda:

"El interesado deberá iniciar el trámite para su titulación dentro de los seis meses siguientes (contados de día a día) a aquél en que le sea entregado el presente oficio, en el entendido de que transcurrido dicho lapso sin haberlo hecho, caducará la autorización que ahora se le concede para someter su tesis a examen profesional, misma autorización que no podrá otorgarse nuevamente sino en el caso de que el trabajo recepcional conserve su actualidad y siempre que la oportuna iniciación del trámite para la celebración del examen haya sido impedida por circunstancia grave, todo lo cual calificará la Secretaría General de la Facultad"

ATENTAMENTE
"POR MI RAZA HABLARA EL ESPIRITU"
Cd. Universitaria, D. F., 6 de diciembre de 2001

DR. LUIS FERNANDEZ DOBLADO.
DIRECTOR DEL SEMINARIO DE DERECHO PENAL

A MIS PADRES.

DON RUBEN HERRERA ALFARO Y DOÑA GRACIELA OCEGUEDA ARANCIVIA.

**A QUIENES ME HAN HEREDADO EL TESORO MÁS VALIOSOSO
QUE PUEDA DÁRSELE A UN HIJO.**

**A QUIENES SIN ESCATIMAR ESFUERZO ALGUNO, HAN SACRIFICADO
GRAN PARTE DE SU VIDA EN FORMARME Y EDUCARME.**

**A QUIENES LA ILUSIÓN DE SU EXISTENCIA HA SIDO VERME
CONVERTIDO EN PERSONA DE PROVECHO.**

**A QUIENES NUNCA PODRÉ PAGAR TODOS SUS DESVELO, NI CON
LAS RIQUEZAS MÁS GRANDES DE ESTE MUNDO.**

A LOS SERES UNIVERSALMENTE MÁS QUERIDOS.

GRACIAS... SINCERAMENTE.

A DIOS

POR HABERME CONCEDIDO UN GRAN ESPÍRITU DE FORTALEZA.

**POR HABERME CONCEDIDO LA PACIENCIA Y LA PRUDENCIA NECESARIA
PARA CULMINAR UNA ETAPA EN MIS ESTUDIOS.**

POR HACER DÍA CON DÍA MÁS SEGURO Y FÁCIL MI CAMINO.

**PORQUE HA IMPREGNADO EN MI PENSAMIENTO Y CORAZÓN LA
SABIDURÍA DE UN HOMBRE HUMILDE.**

**PORQUE EN EL EJERCICIO DE MI PROFESIÓN CAMINEMOS JUNTOS PARA
RESOLVER LOS PROBLEMAS DE LOS DESVALIDOS.**

GRACIAS... POR LA RAZÓN DE MI EXISTIR.

**A MI HERMANA
*NINA***

POR SU APOYO Y COMPENSIÓN EN CADA MOMENTO DE MI VIDA,
QUIEN CON ENTUSIASMO Y SABIDURÍA, AVIVÓ EN MÍ
LA LLAMA INTELIGENTE QUE LENTAMENTE SE APAGABA,
Y CON ELLO, EL CORAJE Y EL TRABAJO CONSTANTE
EN EL FIN DE MI PROPÓSITO.

GRACIAS...TE AMO.

**A MIS SOBRINOS
*MIS DOS AMORES***

**JESICA ALEXANDER HERRERA Y
JOSÉ LUIS ALEXANDER HERRERA.**

PARA QUIENES NO TENGO LA ESPERANZA,
SINO LA CERTEZA DE QUE SERÁN PERSONAS EXITOSAS;

A QUIENES CON SU PUREZA, TERNURA Y ALEGRÍA
HAN SABIDO IMPRIMIR EN MI CORAZÓN,
LA SENSIBILIDAD DE UN NIÑO;

PARA QUIENES MÁS QUE SU TÍO,
SIEMPRE SERÉ
SU AMIGO,
SU APOYO INCONDICIONAL.

**A UN AMIGO INCONDICIONAL,
A MI COMPADRE
LIC. MARIO ALBERTO MARTÍNEZ GUARNEROS.**

**COMPAÑERO DE ESTUDIO,
AMIGO EN EL TRANSITAR DE LA VIDA;**

**A QUIEN AGRADEZCO SU APOYO Y COMPRENSIÓN,
EN LOS MOMENTOS DE TRISTEZA Y ALEGRÍA;**

**QUIEN CON LA PLUMA DE LA SABIDURÍA
HA ESCRITO EN LAS PÁGINAS DE MI MENTE
FRASES SABIAS Y LLENAS DE ESPERANZA;**

**HOY TE DIGO AMIGO MÍO, QUE EN EL ÁRDUO CAMINAR
AÚN NOS FALTAN MUCHOS TRIUNFOS
QUÉ CELEBRAR Y,
MUCHAS BATALLAS
QUÉ GANAR.**

GRACIAS.

**A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO,
A LA FACULTAD DE DERECHO,
A MIS MAESTROS,
EN ESPECIAL
AL DOCTOR FERNANDO FLORES GARCÍA.**

**EN EL TRANSITAR ÁRDUO DEL INMENSO MUNDO,
LLEVO VOZ Y PENSAMIENTO JUNTOS,
ANCIOSO VOY DE ESPERANZA Y TRIUNFO;**

**DOY GRACIAS A MIS MAESTROS, POR HABER SEMBRADO EN MÍ
LA PERENE ESTIRPE DE APLICAR EL DERECHO,
CON LA JUSTICIA Y EL CORAZÓN ABIERTO;**

**SI EN EL TRANSITAR ÁRDUO DEL CAMINO INCIERTO,
SE ME CONSIDERE GRACIA DE RETRIBUIR UN POCO
DE LO MUCHO QUE ME HAN DADO,
PROCURARÉ SEMBRAR LA MISMA ESTIRPE
EN EL PENSAMIENTO LIMPIO DEL JURISTA NUEVO.**

INDICE.

| | |
|-------------------|-----------|
| INTRODUCCIÓN..... | Pág. 1 |
|-------------------|-----------|

CAPÍTULO PRIMERO ANTECEDENTES HISTÓRICOS

| | |
|------------------------|----|
| 1.1. GRECIA..... | 2 |
| 1.2. ROMA..... | 3 |
| 1.3. CHINA..... | 5 |
| 1.4. EGIPTO..... | 6 |
| 1.5. BABILONIA..... | 7 |
| 1.6. INDIA..... | 8 |
| 1.7. ISRAEL..... | 9 |
| 1.8. CRISTIANISMO..... | 9 |
| 1.9. RENACIMIENTO..... | 10 |
| 1.10. EDAD MEDIA..... | 13 |
| 1.11. SIGLO XVIII..... | 14 |
| 1.12. SIGLO XIX..... | 14 |
| 1.13. SIGLO XX..... | 15 |
| 1.14. MÉXICO..... | 17 |

CAPÍTULO SEGUNDO GENERALIDADES SOBRE LA EUTANASIA

| | |
|---|----|
| 2.1 CONCEPTO..... | 22 |
| 2.2 CLASIFICACIÓN..... | 31 |
| 2.2.1. LA EUTANASIA ACTIVA..... | 31 |
| 2.2.2. LA EUTANASIA PASIVA..... | 32 |
| 2.3 LA DISTANASIA..... | 38 |
| 2.4 DIVERSOS PUNTOS DE VISTA DE LA EUTANASIA..... | 37 |
| 2.4.1. JURÍDICO..... | 37 |
| 2.4.2. MÉDICO..... | 40 |
| 2.4.3. MORALES..... | 43 |
| 2.4.4. RELIGIOSO..... | 44 |
| 2.5. EXCLUSIÓN DE ALGUNOS SUPUESTOS NO EUTANÁSICOS..... | 47 |

| | |
|-------------------------------------|----|
| 2.5.1. EUTANASIA EUGENÉSICA..... | 48 |
| 2.5.2. EUTANASIA ECONÓMICA..... | 50 |
| 2.5.3. EUTANASIA POR COMPASIÓN..... | 51 |

CAPÍTULO TERCERO

ASPECTOS JURÍDICOS DE LA EUTANASIA EN MÉXICO

| | |
|---|----|
| 3.1. LA EUTANASIA A LA LUZ DEL DERECHO PENAL MEXICANO..... | 52 |
| 3.1.1. OPINIÓN DE FRANCISCO GONZÁLEZ DE LA VEGA..... | 52 |
| 3.1.2. OPINIÓN DE FRANCISCO PAVON VASCONCELOS..... | 55 |
| 3.1.3. OPINIÓN DE IGNACIO VILLALOBOS..... | 58 |
| 3.1.4. OPINIÓN DE MARIANO JIMÉNEZ HUERTA..... | 57 |
| 3.2. ENCUADRAMIENTO DE LA EUTANASIA DENTRO DEL CÓDIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL..... | 60 |
| 3.2.1. HOMICIDIO SIMPLE..... | 61 |
| 3.2.2. HOMICIDIO CONSENTIDO..... | 62 |
| 3.2.3. AUXILIO E INDUCCIÓN AL SUICIDIO..... | 63 |
| 3.2.4. HOMICIDIO CALIFICADO..... | 63 |
| 3.3. DIFERENCIA ENTRE EUTANASIA, HOMICIDIO Y SUICIDIO..... | 64 |
| 3.4. BREVES CONSIDERACIONES SOBRE LA TEORIA DEL DELITO..... | 66 |
| 3.4.1. ELEMENTOS DEL DELITO..... | 67 |
| 3.4.2. ASPECTOS DEL DELITO..... | 68 |
| A) ASPECTOS POSITIVOS..... | 68 |
| B) ASPECTOS NEGATIVOS..... | 68 |
| 3.5. ANÁLISIS JURÍDICO DE LA EUTANASIA..... | 74 |
| 3.5.1. EL MÓVIL DE PIEDAD EN LA EUTANASIA..... | 74 |
| 3.5.2. SUJETOS QUE INTERVIENEN EN LA EUTANASIA..... | 75 |
| A) CALIDADES EN EL SUJETO ACTIVO..... | 75 |
| B) CALIDADES EN EL SUJETO PASIVO..... | 75 |
| 3.5.3. LA CONDUCTA EN LA EUTANASIA..... | 75 |
| 3.5.4. LA IMPORTANCIA DEL CONSENTIMIENTO EN LA EUTANASIA..... | 76 |
| 3.5.5. EL CONSENTIMIENTO PRESUNTO, Y LA EUTANASIA COMO UN ESTADO DE NECESIDAD..... | 78 |

CAPÍTULO CUARTO

LA EUTANASIA DESDE EL PUNTO DE VISTA MÉDICO LEGAL

| | |
|--------------------------------------|----|
| 4.1. CONCEPTO DE MEDICINA LEGAL..... | 80 |
| 4.2. RAMAS DE LA MEDICINA LEGAL..... | 80 |

| | | |
|--------|--|-----|
| 4.3. | ENFERMEDADES EN FASE TERMINAL..... | 81 |
| 4.3.1. | CONCEPTO..... | 82 |
| 4.3.2. | CANCER..... | 84 |
| 4.3.3. | SIDA..... | 85 |
| 4.3.4. | LEUCEMIA..... | 87 |
| 4.3.5. | ESTADO DE COMA IRREVERSIBLE (MUERTE CEREBRAL)..... | 89 |
| 4.4. | DIAGNÓSTICO DE DESAHUCIO..... | 94 |
| 4.5. | ERROR EN EL DIAGNÓSTICO..... | 98 |
| 4.6. | CERTIFICACIÓN DE LA PÉRDIDA DE LA VIDA..... | 99 |
| 4.7. | LA MUERTE..... | 100 |
| 4.7.1. | CONCEPTO..... | 101 |
| 4.7.2. | DIVERSAS CLASES DE MUERTE..... | 101 |
| 4.8. | DEONTOLOGÍA MÉDICA..... | 105 |
| 4.9. | JURAMENTO DE HIPÓCRATES..... | 110 |
| 4.10. | LA RESPONSABILIDAD MÉDICA ANTE EL DERECHO PENAL..... | 112 |
| 4.10.1 | RESPONSABILIDAD PROFESIONAL..... | 112 |
| 4.10.2 | RESPONSABILIDAD MÉDICA Y DERECHO PENAL..... | 113 |
| | A) ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DE LA RESPONSABILIDAD MÉDICA..... | 115 |
| | B) PRINCIPALES CIRCUNSTANCIAS DE RESPONSABILIDAD MÉDICA..... | 118 |

CAPÍTULO QUINTO
LA REGULACIÓN DE LA EUTANASIA EN
ALGUNAS LEGISLACIONES EXTRANJERAS

| | | |
|------|---------------------|-----|
| 5.1. | HOLANDA..... | 120 |
| 5.2. | ESPAÑA..... | 131 |
| 5.3. | AUSTRALIA..... | 137 |
| 5.4. | ESTADOS UNIDOS..... | 141 |

CAPÍTULO SEXTO
LA NECESIDAD DE LEGALIZAR LA EUTANASIA EN MÉXICO

| | | |
|------|--|-----|
| 6.1. | ARGUMENTOS DEFENSORES DE LA EUTANASIA..... | 146 |
| 6.2. | DERECHO A LA VIDA..... | 150 |
| 6.3. | DISPONIBILIDAD DE LA PROPIA VIDA..... | 155 |
| 6.4. | DERECHO AL LIBRE DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD..... | 158 |
| 6.5. | DERECHO A LA LIBERTAD DE PENSAMIENTO, CONCIENCIA Y RELIGIÓN..... | 159 |

| | | |
|------|--|-----|
| 6.6. | PROHIBICIÓN DE TRATOS INHUMANOS Y DEGRADANTES..... | 160 |
| 6.7. | DERECHO A LA DIGNIDAD DE LA PERSONA HUMANA..... | 161 |
| 6.8. | PROPUESTAS PARA LEGALIZAR LA EUTANASIA..... | 163 |
| | CONCLUSIONES..... | 170 |
| | BIBLIOGRAFÍA..... | 181 |

INTRODUCCIÓN.

Desde hace algunos años cuando me disponía a escribir las primeras líneas del presente trabajo y hasta hoy día, he podido afirmar, que a cada instante existen en el mundo miles de personas con los efectos de una enfermedad incurable en fase terminal o grave minusvalía, que presos de dolor y sufrimiento claman a toda costa su deseo de morir, y con ellas médicos que sometidos a una serie de disposiciones primero de carácter ético, que les impone su propia profesión, luego legales y finalmente religiosas, se empeñan en mantener con "vida" a un ser sin esperanzas de recuperación. Sin embargo hasta que nuestra actitud cambie y seamos capaces de hacer un estricto compromiso con la calidad de vida, definiendo de nuevo el concepto de vida como un derecho frente al cual se encuentran otros derechos del mismo rango, como el derecho al libre desarrollo de la personalidad, el derecho a la libertad de pensamiento y el derecho a la dignidad de la persona humana, que atendiendo más que al sentido propio de la existencia se atiende al concepto de una vida digna, los problemas que se presentan en nuestra sociedad en torno a la eutanasia no serán resueltos.

De esta manera, impulsado y motivado por un sentido humanitario y de reconocimiento a los Derechos Universales del Hombre y a sus Libertades Fundamentales, guiado por el deber y mi entero compromiso con la sociedad mexicana, ante la necesidad de adaptar los principios más elementales e inmutables del derecho mediante la creación de normas prácticas, en la solución que presenta el planteamiento sobre la legalización de la eutanasia, es que he tenido el atrevimiento de dar mi particular punto de vista con relación a dicha problemática, a la luz del Derecho Penal Mexicano, no obstante que los vacíos jurídicos en la materia, son inmensos.

Así, al recorrer los caminos de la historia en la búsqueda de los antecedentes eutanásicos, a través del Primer Capítulo del presente estudio, es como se podrá advertir cuáles han sido los temores que han dado origen a obstaculizar la legalización de la eutanasia, basados fundamentalmente en una idea vaga e imprecisa del término, debido a la diversidad de usos fácticos que se le ha dado, arribando a la conclusión que los motivos que impulsaban la práctica de la eutanasia en la antigüedad, eran meramente eugenésicos, donde se adoptaba una actitud utilitarista de la vida, lo que va en contra de los principios más elementales que guían la eutanasia.

Es ante dicha situación, que el uso de la palabra eutanasia plantea un problema serio que necesita de clarificación, ya que a través de dicho término se han cometido verdaderos homicidios, que cubiertos bajo el velo de eutanasia han pasado como hechos y conductas desapercibidas sin que se haya sancionado al culpable. Por lo tanto, es necesario poner especial atención al Segundo Capítulo, donde se tratará de dar un significado claro y preciso de dicho término, cuyas características que lo integran, de no existir alguna, la conducta desplegada será otra y muy seguramente estará investida de un hecho delictuoso sancionado por las leyes. Atendiendo a su definición, se procura realizar una clasificación derivada de la misma y con ello la exclusión de algunos supuestos no eutanásicos. Asimismo, con la finalidad de evitar polarizaciones no poco comunes, debido a lo controvertido del tema, se hace alusión al enfoque que se le ha dado a la eutanasia desde los puntos de vista jurídico, médico, moral y religioso.

En todo el mundo, existe un gran vacío legal para los casos de eutanasia, pocos han sido los países que la han contemplado en sus legislaciones, y en ese sentido México no ha sido la excepción. De esta manera, a través del Tercer Capítulo, se abordarán los Aspectos Jurídicos de la Eutanasia en nuestro país, primero desde una perspectiva doctrinal de acuerdo a las opiniones que han emitido los juristas más eminentes, para posteriormente realizar un análisis jurídico de la

eutanasia en relación con algunas figuras delictivas que contempla nuestra legislación penal, y que de cometerse un acto eutanásico se juzgaría al sujeto activo, atendiendo a las circunstancias propias de cada una de dichas figuras según el caso en concreto, procediendo posteriormente a establecer su diferencia con la eutanasia y evitar confusiones en la práctica de alguna de ellas.

Curiosamente los profesionistas que más contacto tienen con la muerte, los médicos parecen haberle dado la espalda, ya por motivos éticos atendiendo al juramento hipocrático o bien por motivos legales a fin de evitar incurrir en responsabilidad profesional. Han sido educados para combatirla, para retrasar su llegada lo más posible. Sin embargo, es evidente que ni siquiera el mejor de los médicos sería capaz de ganar la guerra al último suspiro. Así cuando el hombre hace conciencia de la muerte, el proceso de ésta preocupa y crea temores cuando se piensa en situaciones como la de las enfermedades irreversibles en fase terminal o graves minusvalías, surgiendo la idea de morir con dignidad y con el mínimo sufrimiento "la eutanasia". Sin duda, la ciencia de la Medicina ocupa un lugar predominante en el presente tema y con ello la aplicación de una de sus especialidades, la Medicina Forense. Es por esta razón, que en el Cuarto Capítulo se da un panorama de la eutanasia desde el punto de vista médico legal, donde se incluye un breve estudio de las enfermedades irreversibles más comunes, y toda vez que el médico es el profesional que más relación tiene con los casos prácticos de eutanasia, se alude a la Responsabilidad Médica Profesional ante el Derecho Penal, entre otros aspectos.

Las leyes y las decisiones de los tribunales que se han dictado en relación con la eutanasia varían de país en país. De tal forma que el presente estudio al encontrarse basado en hechos de la realidad que no sólo aquejan a nuestro país sino al mundo entero, es que en el Capítulo Quinto, se le concede un tratamiento especial a la regulación de la eutanasia en algunas legislaciones

extranjeras, a efecto de tener una perspectiva más amplia del trato que se le ha dado a la eutanasia a nivel mundial, atendiendo a su origen y desarrollo.

Finalmente, en virtud de que se debe considerar la legalización de la eutanasia como una actitud de respeto y reconocimiento a los Derechos Universales del Hombre y a sus Libertades Fundamentales, en el Capítulo Sexto del presente estudio se da un panorama de la eutanasia desde dicha perspectiva, tomando como base el Derecho a la Vida, frente al cual se encuentran otros derechos del mismo rango como el Derecho al Libre Desarrollo de la Personalidad, el Derecho a la Libertad de Pensamiento, Conciencia y Religión, el Derecho a la Dignidad de la Persona Humana, y por consiguiente el reconocimiento del Derecho a la Disponibilidad de la Vida, concluyendo con una serie de propuestas para legalizar la eutanasia.

CAPITULO I

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

La historia es la maestra de la vida, pues quienes no estudian los errores del pasado, estarán condenados a repetirlos en el presente.

La historia de la eutanasia data desde las épocas más remotas, pues se tiene conocimiento que entre los celtas se practicaba la eutanasia eugenésica dando muerte a los ancianos valetudinarios. La práctica extendida entre algunas tribus antiguas imponía la obligación de matar o abandonar a las personas ancianas o muy enfermas, así el hijo se encargaba de administrar la muerte digna al padre viejo y enfermo. Entre los esquimales se practicaba la eutanasia en forma más directa, a los ancianos o enfermos que externaban su petición de morir, se les abandonaba tres días en un iglú herméticamente cerrado y algunos eran arrojados al río.

"El doctor Regnault opina que cuando el hombre tenía en su contra los elementos y las bestias feroces, y que la lucha por la vida era muy penosa, el hombre primitivo solo era guiado por una moral utilitaria. Entonces no podía proteger a los seres inútiles ni procurarles alimentos, y lo mejor era librarles de sus sufrimientos anticipándoles la muerte. Cuando el hombre era el lobo para el hombre, cuando las familias y las tribus reñían combates sangrientos, los vencidos pudieron

considerar como un deber rematar a los heridos de su tribu, para evitarles las torturas de un enemigo cruel ante la imposibilidad de poder huir por su gravedad".¹

1.1. GRECIA.

En Atenas y otras ciudades griegas, el Estado se encargaba de suministrar la cicuta (veneno) a los enfermos que así lo solicitaban explícitamente para poner fin a sus sufrimientos. Entre los griegos existían pensamientos tales como "Nada mejor puede pedir el hombre a los dioses, que una muerte buena".

Por otra parte, en la sociedad espartana se privaba de la vida a los niños deformes, a los decrepitos y a los ancianos, aunque paradójicamente estos últimos eran respetados.

La virtud que asistía a los griegos, de poder solicitar a sus dioses una muerte buena, rápida y sin dolores se ve reflejada en Suetonio quien utiliza la palabra eutanasia en la obra "La Vida de los Césares" Capítulo 47, haciendo alusión a la muerte de Augusto:

*"Su muerte fue tranquila y como siempre había deseado; porque cuando oía decir que había muerto alguno rápidamente y sin dolor, exponía al punto su deseo de morir él y todos los suyos de esta manera, lo que exponía con la palabra griega correspondiente..."*²

Es importante señalar que la mentalidad eugenésica ha conducido en ciertos casos la práctica de la eutanasia, sin que necesariamente la primera sea consecuencia de la otra. Así en la antigua Grecia se puede encontrar uno de los

¹ Cit. Por. JIMÉNEZ DE ASÚA, Luis. *Libertad de amar y derecho a morir*. Edic. 7ª. Ediciones Depalma. Buenos Aires, 1992, p.363.

² PÉREZ VALERA, Víctor Manuel. *Eutanasia ¿Piedad? ¿Delito?*. Ed. Jus. México, 1989, p. 95.

máximos exponentes y defensores de la eutanasia: Platón en cuyas páginas de uno de sus más importantes diálogos "La República" Libro III escribió: "Digamos pues, que esas son las razones que han movido a Esculapio a no prescribir tratamiento alguno para aquellos que siendo de buena complejión, y llevando vida frugal son sorprendidos por alguna enfermedad pasajera..., sin aconsejar ningún cambio de vida acostumbrado para que con ello no sufriese perjuicio alguno la República. Respecto a los cuerpos radicalmente enfermizos, no ha estimado conveniente tratar de prolongar su vida y sus sufrimientos..., ni ponerles en condiciones de que diesen al Estado súbditos que se asemejasen a ellos..., por que lo contrario no sería provechoso para ellos mismos ni para el Estado".³

Continuaba diciendo Platón: "Por consiguiente, establecerás en nuestra república una jurisprudencia y una medicina tales cuales acabamos de decir, que se limitarán al cuidado de los que han recibido de la naturaleza un cuerpo sano y un alma hermosa. En cuanto aquellos cuyo cuerpo está mal constituido, se les dejará morir, y se castigará con la muerte aquellos otros cuya alma sea naturalmente mala e incorregible.- Es lo mejor que pueda hacerse por ellos y por el Estado".⁴

Cabe mencionar, que Platón en su Libro III de la República, hace referencia a un tipo de eutanasia eugenésica y económica, en tanto que aconseja la muerte para aquellas personas radicalmente enfermizas y para aquellos que pudiesen engendrar hijos deformes, ya que en caso contrario no resultaría provechoso para el Estado quien en ese entonces requería de hombres fuertes y sanos de cuerpo y alma.

1.2. ROMA.

Al igual que en la antigua Grecia, la sociedad romana a través del Senado de Marsella contaba con un depósito de cicuta, la cual era ingerida por aquellos que

³ Platón. *La República*. Edic. 2ª. Editores mexicanos unidos. México, 1992, p. 138.

⁴ *Ibidem*, p. 141.

mostraban ante la Corte su deseo de morir. Los fines no eran tanto eutanásicos, sino suicidas y consideraban que un paciente con enfermedad terminal que optaba por suicidarse tenía motivos suficientes.

"Tito Livio nos reporta la costumbre seguida en la antigua Roma de condenar a los traidores con la pena capital, arrojándolos de la Roca Tarpeya (Punta Sur del Monte Capitolino). Pero lo interesante de este hecho es que no sólo se precipitaba de esa peña a criminales y traidores, sino que, al analizar la "Ley de las XII Tablas 2, primer documento de ley escrita, descubrimos el primer fragmento de la Tabla IV, que a la letra dice "Cito necatus tamquam ex XII tabulis in signis ad deformitaten" cuya traducción es : "Inmediatamente matado, como por las XII Tablas, un niño de insigne deformidad", y Cicerón arguye de este pasaje legal que quizás los niños con una deformidad monstruosa venían matados, arrojándolos desde la Roca Tarpeya "⁵. La idea plasmada en la Ley de las XII Tablas y la necesidad en ese entonces de procrear hombres fuertes y sanos hacen referencia a la eutanasia eugenésica, sin constituir un antecedente meramente eutanásico.

La idea de eutanasia con los romanos adquiere un significado práctico y múltiple. Así tenemos, que la muerte sin dolor se prefería por los romanos debido al temor de no poder afrontar conscientemente el sufrimiento, Tal sería el caso que presenta Tácito en sus Anales, XVI, 17-20, cuando dice que Petronio al verse separado de Nerón no soportó la idea de languidecer más tiempo entre el terror y la esperanza, pero tampoco se quitó la vida bruscamente. "Se abría las venas y se las cerraba para abríselas otra vez, según su antojo... Para que su muerte, aunque forzada, pareciese natural organizó un festín y dejó que lo ganase el sueño".⁶

⁵ Cit. Por TORO NIETO, Vicente. *Axiología Jurídica y Eutanasia*. Revista Jurídica Veracruzana. Ed. Tribunal Superior de Justicia del Gobierno de Veracruz. T. 28. No.4. México, Veracruz, octubre-diciembre, 1977, p.8.

⁶ Vidal, Marciano. *Bioética. (estudios de bioética racional)*. Ed. Técno. Madrid, España, 1989, p. 66.

Las prácticas eutanásicas no tuvieron freno, ni aún en la austeridad estoica, sobre todo en los estoicos romanos: Séneca, Epicteto y Marco Aurelio. Por lo que hace al primero, recomienda en la Epístola 70 de las Epístolas a Lucilio, que ante el dolor y la enfermedad es preferible la huida eutanásica, diciendo: que la vida más larga no es siempre la mejor y es preferible la muerte cuando existe el dolor y el sufrimiento, pues una vida así no tiene sentido.

Dentro de los estoicos no se puede dejar de hablar de Epicteto, en su actitud ante la muerte predomina la lección moral, de tal manera que considera que la muerte debe ser una decisión propia de cada persona y quien la prefiera debe manifestar su voluntad debiendo ser respetada; sin embargo, afirma que todo lo que aterra a los hombres debe ser meditado detenidamente y nunca hay que tomar decisiones precipitadas.

Por otra parte, cabe señalar que durante los combates en el Circo Romano, cuando uno de los combatientes quedaba gravemente herido y era presa de su agonía ante el dolor y el sufrimiento, se decretaba su muerte.

1.3. CHINA.

La vida social y política de China tiene su base en la familia, en cuyo núcleo las ideas de dignidad y libertad del individuo como miembro aparte no tienen sentido para el chino.

Por lo que se refiere a la salubridad e higiene es en lo que menos se reveló el progreso de China, sacrificando por ignorancia las vidas humanas con una profusión increíble. En la práctica de las trepanaciones craneanas, si el cirujano fallaba y el paciente quedaba mal de salud le proporcionaban la muerte evitándole el sufrimiento.

Asimismo, existen antecedentes de que a los guerreros que salían gravemente heridos en los combates se les mataba. También se prohibía el nacimiento de aquellos niños que hubiesen sido concebidos por la unión de padres enfermizos, lo cual resultaría gravoso tanto para el Imperio como para los familiares, evitando con ello cargas inútiles. Las concubinas que pertenecían a familias nobles, cuando no tenían hijos, eran elegidas por el emperador a fin de poder cumplir con las ceremonias y cultos a sus antepasados.

De lo anterior se desprende con claridad, que la práctica de la eutanasia en la antigua China, fue mínima; sin embargo, las razones eugenésicas eran una excusa contundente para poder quitar la vida a personas débiles e inútiles que serían una carga para los familiares y para el propio Imperio.

1.4. EGIPTO.

La cultura egipcia se desarrolló a orillas del río Nilo, sobre una franja de tierra cultivable, sumamente rica y fértil.

En el año 2500 a. c. dentro del período de la quinta dinastía, se cuenta que durante la invasión al Palacio de Menfis, efectuada por el pueblo ante la decadencia de índole social y económica, los revoltosos cogían a los niños infortunados, por el hecho de descender de familias de aristócratas, lanzándolos contra los muros de sus viviendas dándoles muerte, tratando de liberarlos del mal que habían heredado de sus padres, que tenían cuerpo y alma depravados.

Cuando los egipcios tenía problemas graves o bien padecían de alguna enfermedad incurable que los convirtiera en una carga social decidían el abandono de su vida y la entrega a la muerte, renunciando así al ceremonial y a la

psicología funeraria habituales. De esta forma, la desesperación llevó a algunos a buscar un desenlace en el suicidio, que constituía un recurso verdaderamente último para el egipcio, que generalmente se aferraba a la vida e investía a la muerte con un ceremonial complicado.

Al igual que en la antigua China, si del resultado de las trepanaciones craneanas el paciente quedaba en mal estado, se le causaba la muerte evitando gravosas cargas con dicho acto.

1.5. BABILONIA.

Es Babilonia una de las culturas más antiguas de la humanidad, surge en Mesopotamia situada al rededor de los ríos Tigris y Eufrates.

El documento que más interesa en el presente estudio por su importancia, es el Código de Hammurabi, mismo que cuenta con reglas sencillas y muy claras para proteger a los ciudadanos.

"El sexto rey de la dinastía amorrea de Babilonia, Hammurabi, hijo y sucesor de Sin-muballit, que reinó de 1728 a 1686 a.c., promulgó probablemente en el año 40 de su reinado un conjunto de leyes que para su mejor conocimiento mandó gravar en estelas de piedra y repartirlas por las capitales de su imperio. Leyes que constituyen el corpus legislativo más célebre del mundo antiguo oriental y de toda la antigüedad".⁷ El cuerpo legal desarrolla un total de 282 artículos tratando materias tales como propiedad, derecho familiar, la ley del Talión, etcétera.

⁷ LARA PEINADO, Federico. *Código de Hammurabi*. Editora Nacional. Madrid, España, 1982, p.19.

En este código se encuentran una serie de disposiciones en materia eugenésica más que eutanásica, no dejando de cubrir temas tan importantes como la responsabilidad médica y un cúmulo de disposiciones como:

- Está prohibido que engendren hijo las madres enfermizas;
- Los niños que nazcan deformes serán sacrificados;
- Se premiará al médico que proporcione la cura a algún enfermo grave;
- Se castigará al médico que falle en una operación de importancia causando con su impericia la muerte al enfermo, etc.

1.6. INDIA.

"En la India legendaria se llevaba a los seres incurables hasta el borde del Río Sagrado: el Ganges, para asfixiarlos en el lodo de sus aguas, porque según las prácticas del budismo, sólo así se lograba la incorporación del individuo a la esencia divina, obteniéndose la eterna felicidad que consiste en extinguir la conciencia personal y exaltar la impersonalidad liberadora de las miserias de la vida".⁶

Los hindúes llevaban a los niños recién nacidos al Ganges para ser purificados del pecado original, siempre que éstos no tuviesen alguna enfermedad incurable, ya que en este caso eran ahogados.

En la India, al igual que en la mayoría de los países donde a través de la historia se tiene conocimiento de la existencia de prácticas eutanásicas,

⁶ GONZÁLEZ BUSTAMANTE, Juan José. *Euthanasia y Cultura*. Asociación Mexicana de Sociología. México, D.F., 1982, p.33.

predominan indudablemente las prácticas por razones eugenésicas, pues además de sacrificar a los enfermos incurables, se sacrificaban a los inútiles y deformes tratando a toda costa de mejorar la raza mediante la procreación de hijos fuertes y sanos.

1.7. ISRAEL.

En el Libro II de Samuel (Cap. 1, 9 y 10) existe un párrafo que resulta interesante, para considerar que en la Biblia también se encuentra un antecedente de la eutanasia. Al respecto, Jiménez de Asúa relata que, "El almalecita viene del campo de Saúl, en busca de David, para contarle la muerte de su rey en el monte de Gelboe. Estaba aquél en su lanza clavado, tratando en vano de morir, lo espeso de la armadura de mallas que le cubría era obstáculo para que el arma penetrase enteramente en su cuerpo.

"yo te ruego- dijo Saúl al almalecita - que te pongas sobre mí y me mates, porque me toman angustias y toda mi alma está aún en mí.

Y el almalecita confesó a David: "Yo entonces púseme sobre él porque sabía que no podría vivir después de su caída".⁹

1.8. CRISTIANISMO.

Durante el Cristianismo el concepto de muerte gira al rededor de Dios. Privan ideas como: "Dios es la vida y la muerte" "Si Dios nos da la vida él es el único que tiene derecho a quitárnola", surgiendo así la idea de que el hombre no puede quitar algo que no dio. Pues la ley divina prohíbe tajantemente matar.

⁹ JIMÉNEZ DE ASÚA, Luis. Ob. Cit., pp.363-364.

Es de comprender que cuando el cristianismo penetró en la cultura greco – romana, cambió completamente el sentido de la vida y la muerte. Algo similar ocurrió con el judaísmo y el islamismo, donde Dios es el centro de todas las cosas, cubriendo todos los ámbitos de la existencia humana. Cualquier acto que tienda a destruirla y modificarla altera el orden divino. Conductas como el homicidio y el suicidio van contra la ley de Dios. El no matarás tuvo un sin fin de matizaciones a lo largo del tiempo, prolongándose hasta nuestros días.

Existen fases en la filosofía del cristianismo que explican el morir, algo que merece atención es el sentido agónico, ya que de acuerdo a la filosofía cristiana el dolor purifica los pecados y el paciente que agoniza y sufre se asemeja a Cristo, los dolores santifican el alma, la purifican y la preparan para el instante supremo, no se acepta la eutanasia, pues los médicos tienen un límite en su actuar, esto es, deben concretarse a salvar vidas y no a eliminarlas, de lo contrario se violaría el quinto mandamiento que reza "No matarás", atentando contra un principio divino.

1.9. RENACIMIENTO.

La práctica de la eutanasia en el Renacimiento adquiere un significado y usos múltiples. La muerte al ser considerada como el último acto de la vida, y al pertenecer al hombre, al ser él quien debe enfrentarla con todos los recursos disponibles, es precisamente el hombre quien debe proporcionar la salud procurando en toda caso la curación y ante la imposibilidad, es preferible una muerte tranquila y fácil.

En esta época existieron diversos representantes con una visión sobre la eutanasia. Así con Tomás Moro renace la postulación de la muerte digna y con Francisco Bacón, la palabra.

Tomás Moro (Sir Thomas More) es uno de los grandes pensadores de la humanidad. Fue abogado, político y diplomático inglés, nació en 1478 y murió en 1535. Sin duda es uno de los grandes santos de la Iglesia Católica, una de sus mejores obras por su trascendencia hasta nuestros días es "Utopía" publicada en 1516.¹⁰

En dicha obra, Moro expone una gran cantidad de ideas que hacen referencia a la eutanasia voluntaria. Al respecto se puede decir que en la "Utopía" la atención para con los enfermos es esmerada, se les trata con gran cuidado sin escatimar medicamento alguno que pueda ayudar a devolverles la salud. Se les visita con frecuencia charlando con ellos para tratar de alimentarles el espíritu. Sin embargo, cuando el paciente tiene una enfermedad incurable en fase terminal, con un gran dolor y sufrimiento, es entonces cuando magistrados y sacerdotes acuden con el enfermo y le exhortan a que se prepare para su propia muerte, pues no puede obstinarse en dejarse devorar por más tiempo por el mal y al convertirse su vida en una constante tortura no debe dudar en morir, además al seguir el consejo de los sacerdotes, en caso de que aceptara la muerte por sí mismo o por otros, realizaría una obra piadosa y santa.

Ahora bien, aquellos que se obstinan en seguir viviendo se les dejará vivir. Ya que no se elimina a nadie contra su voluntad, teniendo siempre los mejores cuidados, pues el no aceptar la muerte no implica que se le abandone y se le deje morir.

¹⁰ El término Utopía significa "lugar que no existe". Es un país ideal donde todo se desarrolla en un mundo lleno de amor y de paz, todos viven bien, trabajan en armonía y se puede gozar satisfactoriamente de las diversiones. (Es un ideal irrealizable).

Por otro lado, en Utopía las personas que se quitan la vida por cualquier motivo que no haya sido objeto de aprobación de magistrados y sacerdotes, no es digno de ser inhumado y se le arroja a una ciénaga.

Francisco Bacón (1561-1623) es a quien se atribuye el término eutanasia, que de acuerdo con Víctor Manuel Pérez Valera, tal aseveración no es del todo exacta, pues Bacón con la palabra eutanasia no postula la muerte del enfermo, sino sólo la ayuda en el morir. "En efecto, Francisco Bacón tanto en la "Instauratio Magna" (1ª. Parte, Lib. IV, Cap. 2), como en "De Dignitate et augmentis scientiarum" (Lib. IV, Cap.1), exhorta a los médicos a no aceptar el dolor como una fatalidad, sino a investigar métodos que disminuyan los sufrimientos y hagan más benigno el último trance del moribundo. Hoy llamaríamos a estos cuidados paliativos, es decir, acciones dirigidas no a atacar la enfermedad, sino a aliviar el dolor.

Así F. Bacón escribe :

De Euthanasia exteriore.- De nuevo para insistir un poco más, considero que la misión del médico no consiste sólo en restaurar la salud, sino también en mitigar los dolores y sufrimientos; y no únicamente cuando ese alivio pueda conducir a la curación, sino también cuando pueda proporcionar, aun sin esperanza de recuperación, un partir de la vida más suave y tranquilo.

Actualmente, en cambio, los médicos casi religiosamente, cuidan a los enfermos incurables, cuando a mi juicio, si no quieren faltar a su misión y al deber de humanidad, deberían aprender el arte de facilitar diligentemente una suave partida de esta vida.- llamamos a esta investigación eutanasia exterior(para

diferenciarla de la interior que atiende a la preparación del alma la cual consideramos muy deseable".¹¹

En el Renacimiento, el concepto de eutanasia encuentra una basta explicación en las obras de Moro y de Bacón. quienes al describir el pensamiento de su época, denotan claramente la preocupación por atender a un sentido más humanitario, ya que la búsqueda de nuevos métodos que contribuyeran a erradicar la enfermedad y a terminar con el dolor contribuyó a grandes descubrimientos científicos. La función del médico era proporcionar la mejor atención al paciente tratando de combatir la enfermedad y en caso de que no fuera posible procurar una muerte tranquila y fácil, situación que en la actualidad ha desaparecido, pues los médicos cuando determinan que el paciente no tiene cura, hacen a un lado su responsabilidad y los abandonan incumpliendo con su deber moral y humanístico.

1.10. EDAD MEDIA.

En la Edad Media, la idea de terminar de matar a los que salían gravemente heridos en los combates no fue la excepción, ya que exterminar a los heridos en los combates es un hecho que atraviesa la mayor parte de la historia de la eutanasia. Tal acto que no es propiamente de eutanasia, en la Edad Media adquirió el nombre de "Misericordia", así los que caían con heridas mortales en las luchas multitudinarias o en los llamados Juicios de Dios, eran rematados con un puñal corto pero filoso, mismo que era introducido en la juntura de la armadura, por debajo de la gorguera evitándole sufrimientos y una cruel agonía.

Santo Tomás de Aquino (1225-1274) es uno de los sabios pensadores más prestigiados de la Edad Media, pues su obra es enorme, sin embargo no se ocupó de la eutanasia, únicamente la Suma Teológica hace

¹¹ PÉREZ VALERA, Víctor Manuel. Ob. Cit., pp. 100-101.

referencia al suicidio, mismo que reprueba por ir en contra del amor y la naturaleza del propio hombre, por ir en contra de la sociedad y de los mandamientos de Dios.

1.11. SIGLO XVIII.

Es en el siglo XVIII cuando adquiere una gran importancia el papel del médico en la práctica de la eutanasia, de tal manera que se empezó a hablar de su responsabilidad hacia el paciente y la diferencia entre una muerte natural y la muerte procurada a los pacientes incurables, cuyos sufrimientos eran intolerables. Poco a poco la sociedad entera formó parte en la opinión sobre la vida y la muerte, los médicos ya no eran los únicos, el hombre común y corriente estaba bien informado, sabía por ejemplo que el suicidio ante ciertas situaciones no era del todo una mala salida a sus problemas, pues el hecho de ser un pecado imperdonable fue desapareciendo y en esta época el suicida y su familia podían contar con un jurado comprensivo.

En 1875, David Hume publicó un ensayo sobre el suicidio en el que postulaba el derecho a liberarse de la vida cuando se hacía con toda libertad y conciencia, iniciándose una etapa donde floreció públicamente el apoyo al suicidio oponiéndose a cualquier tipo de castigo. Asimismo, Juan Jacobo Rousseau hizo referencia al suicidio considerado como un acto virtuoso a causa de sufrimientos prolongados, pues el enfermo que no tiene cura teniendo que soportar dolores tormentosos se deshumaniza a causa del sufrimiento, siendo la muerte una piadosa liberación y el suicidio un acto loable.

1.12. SIGLO XIX.

El Maestro Jiménez de Asúa comenta que, "en ciertos pueblos antropófagos estaba en uso todavía en el siglo XIX matar a los enfermos y ancianos impotentes, para

preparar festines muy apreciados. Los viejos padres encontraban la cosa muy natural y pensaban que no podían tener sepultura más honrosa que el estómago de sus hijos, pues en esas tribus el principio utilitario estaba desarrollado al máximo".¹²

Cabe mencionar, que en este siglo un excelente pensador que no podía dejar de tratar el tema en cuestión fue Carl Marx, quien hizo una crítica en primer lugar a aquellos profesionistas médicos que trataban enfermedades en lugar de pacientes, ya que una misma enfermedad puede provocar síntomas diferentes en cada enfermo, lo que trala consigo que el médico abandonara al paciente perdiendo todo tipo de interés en tratar de proporcionarle salud cuando no encontraban la medicina indicada, ante el fracaso rotundo de aplicar los mismos medicamentos a personas con la misma enfermedad pero con diferentes complicaciones.

En 1873, L.A. Tollemache publicó un elocuente artículo titulado "La nueva cura para los incurables", en el que abogaba en favor de la legalización de la eutanasia voluntaria. Consideraba que el médico que acelerara la muerte a petición del paciente con gravísimos sufrimientos, tal acción no podía ser castigada por la legislación actual y que por ende no podía ser considerado como un homicida.

1.13. SIGLO XX.

Durante las primeras tres décadas del Siglo XX se dieron importantes avances en materia de eutanasia, sin embargo, no se descartan aquellos supuestos que no son eutanásicos sino eugenésicos. En 1901 un prominente médico británico Charles E. Goddard, publicó un artículo titulado "Sugerencias a favor de la terminación de casos absolutamente incurables, por lesión o por enfermedad" en el cual no sólo abogó por la eutanasia en casos terminales sino también en ciertos casos de idiotez e imbecilidad.

¹² JIMÉNEZ DE ASÚA, Luis. Ob. Cit., p.363.

Señalaba que aquellos que no tenían inteligencia propia y constituían una carga para la sociedad y para sí mismos carecían de un potencial de progreso, mismos que debían ser considerados por un comité de expertos que una vez convencidos de dicha condición, se encargarían de establecer el método apropiado para terminar con su miserable existencia.

Así, en 1935 se funda en Inglaterra la Sociedad para la Eutanasia con el propósito de legalizar la eutanasia voluntaria; idea que germinó en Inglaterra y en otras sociedades como en los Estados Unidos de Norteamérica, donde encuentra su más fiel representante el Doctor Charles Eliot Norton de la Universidad de Harvard, aprobándose la primera ley en favor de la legalización de la eutanasia el 23 de enero de 1906, en la legislatura del estado de Ohio. En febrero de 1937, Nebrasca aprueba también una ley relativa a la eutanasia. El 16 de enero de 1938 se organiza la Sociedad Americana de Eutanasia en New York, cuyo propósito era iniciar una campaña educativa con el fin de lograr la aprobación de la eutanasia en la mayoría de las legislaturas de los estados y en el Congreso.

En la década de los cincuenta surgieron movimientos en pro y en contra de la eutanasia; el caso del Doctor Hermann Sander provocó un nuevo giro en torno a este tema en los Estados Unidos e Inglaterra, después de haber dado muerte a un paciente de cáncer terminal, siendo sometido a acción legal por dicho motivo y que finalmente después de un movimiento que trascendió en Inglaterra fue declarado inocente.

Los años sesenta se caracterizaron por la necesidad de tener una idea más clara en torno a la muerte y al derecho a morir; en ese sentido surgieron grandes discusiones en los ámbitos médico, religioso, jurídico y filosófico para discutir y estudiar el problema. Esta década marcó grandes adelantos

Los años setenta quizá representan la etapa más importante en el tema de estudio. En esa época surge el Euthanasia Education Council, organización que ha ejercido presión en los círculos legislativos para crear legislación encaminada a la legalización, dando lugar al llamado testamento vivo o "Living Will", consistente en un documento que puede ser firmado por cualquier persona con capacidad para testar, en presencia de dos testigos y donde se manifieste el deseo de no prolongar la vida en caso de una enfermedad terminal. En ese sentido el 30 de septiembre de 1976 el Gobernador de California Edmund Brown aprobó una ley que permite la eutanasia pasiva, bajo la cual los médicos pueden abstenerse de aplicar tratamientos innecesarios en caso de que el paciente así lo requiera.

Otro evento de gran magnitud lo constituye la "Primera Conferencia Internacional de Eutanasia" celebrada en Tokio, en agosto de 1976, en la que se aprobó y se firmó la declaración de Tokio, reconociendo el derecho de morir con dignidad.

1.14. MEXICO.

En el Derecho precortesiano, específicamente en la época de los aztecas, mayas y otras tribus, a los guerreros que salían gravemente heridos en los combates, quedando imposibilitados, eran sacrificados para así evitarles sufrimientos y prolongadas agonías.

En el Código de Nezahualcoyotl se contemplaba el homicidio voluntario, mismo que era sancionado con la pena de muerte.

Por lo que respecta al Derecho de la Colonia, el que se caracterizó por las ordenanzas, acuerdos, leyes, edictos, etc., merece importancia destacar el insuperable Código Alfonsino de las Partidas, en el que de acuerdo con Luis Aguirre

Prado "El legislador acota el caso de auxilio en la comisión del delito de Homicidio con consentimiento o fundado en móviles piadosos, pero no libera del castigo adecuado. Claridad de las Partidas 7 y 9 "... estando algún hombre embriagado o enfermo de grave enfermedad, o estando sandio o desmemoriado de manera que quisiere matar a si mismo o a otro y no tuviere arma ni otra cosa que pudiese cumplir su voluntad o demandase alguno que le diere armas a sabiendas, u otra cosa con que se matare a si mismo a todo aquel que se lo debe, debe haber pena por ello, también como si el mismo lo matare".¹³

Asimismo es importante hacer alusión a: El Fuero Real (1255) ley 7, Título 17, Libro 4, las famosas Leyes de Indias (1525-1680), Libro XVII, y La Novísima Recopilación de las Leyes de Indias, Título 21 y 28, Libros 12, los que se refieren al homicidio voluntario e involuntario, donde se aplican sanciones estrictamente severas como la pena de muerte, sin embargo no se hace mención del Homicidio eutanásico.

Por lo que se refiere a la época independiente, después de la consagración del federalismo en la Carta Magna de 1857, todo el país continuó rigiéndose por las mismas leyes penales, con la excepción del Estado de Veracruz. Es así, como en el año de 1835 aparece el primer antecedente con la creación del Código Penal veracruzano, considerado como el primer Código Penal de la Época Independiente de México. Los principales autores de dicho Código son Bernardo Couto, Manuel Fernández Leal, Antonio María Solorio y José Julián Tornel.

Este Código no hace referencia a la eutanasia en sí, pero es importante señalarlo como un antecedente más, por tratarse de un cuerpo legislativo, que contempla diversas figuras jurídicas que en los últimos años han sido vinculadas por los estudiosos del tema, con el Homicidio Piadoso.

¹³ AGUIRRE PRADO, Luis. *Consentimiento Delictivo*. Revista La Justicia. Ed. Lex Et Justitia T. XXVIII. México, D.F., 1950, p. 53.

Al respecto el artículo 542 de dicho ordenamiento jurídico señala "El que ayudare a otra persona en el acto de suicidarse, o el que antes lo proveyere de medios al efecto, conociendo lo que intenta, o dejare de dar aviso correspondiente a quien deba o pueda impedirlo, se tendrá como cómplice de homicidio, sujeto a las penas que quedan establecidas en la primera parte de este Código. Nunca, sin embargo se le impondrá pena capital, a no ser que haya sido él quien sedujo u obligó al suicida a darse la muerte".

De este artículo conviene destacar que se trata del delito de ayuda o inducción al suicidio en sus diferentes modalidades, trátase del auxilio en el acto mismo de suicidarse, de cooperación activa remota o bien, de la omisión de dar aviso a quien corresponda para que lo evite. Una cuestión interesante es la comparación que hace el legislador con el que ayuda al suicida y el cómplice de homicidio, situaciones que son sumamente diferentes, pues se trata de dos delitos cada uno con elementos típicos distintos y en los que intervienen sujetos diferentes, ya que por una parte al hablar de cómplice de homicidio, está refiriéndose a un tercero que realiza el homicidio, aquí en cambio se trata de complicidad en el suicidio.

Código Penal de 1871.

Como se vio con anterioridad, la Independencia trajo consigo que en México se continuaran aplicando las leyes vigentes durante la Colonia. Las leyes penales estuvieron sujetas a cambio por vaivenes políticos, muchas fueron arbitrarias e injustas, en algunos casos se sometía a los delincuentes a base de terror, habían hecho del panorama legislativo en materia penal una verdadera anarquía. "Para tratar de corregir esta situación el Presidente Juárez nombró una comisión que redactara un proyecto de Código Penal para el Distrito Federal y Territorio de Baja California. La intervención francesa frustró este proyecto, pero una

nueva comisión bajo la dirección del Lic. Antonio Martínez de Castro fue instituida en 1868. Así, el 7 de diciembre de 1871 el Código Penal fue promulgado. En gran parte era una adaptación del Código Penal Español de 1870, al que se incorporaban ideas fundamentales de la Constitución de 1857".¹⁴

En este Código tampoco se alude expresamente al caso del homicidio eutanásico, aunque el artículo 559 hace alusión a la voluntad y a la orden de la víctima, no así a los motivos que deben subyacer en esa voluntad como el móvil piadoso. Dicho artículo reza: "El que dé muerte a otro con voluntad de éste y por su orden, será castigado con cinco años de prisión. Cuando solamente lo provoque al suicidio, o le proporcione los medios de ejecución, sufrirá un año de prisión, si se verifica el delito. En caso contrario, se le impondrá una multa de cincuenta a quinientos pesos".

En 1912 se realizó una revisión al Código en mención, sin que al respecto haya sufrido cambio radical alguno, no se tomaron en cuenta los avances ni de la sociología ni de la psicología.

Es en la época de la Presidencia del Licenciado Emilio Portes Gil cuando se creó una comisión con la finalidad de elaborar un nuevo proyecto de Código Penal, esta vez bajo la dirección del Licenciado José Almaraz. El Código entró en vigor el 15 de diciembre de 1929, estando vigente únicamente dos años, ya que el 17 de septiembre de 1931 fue derogado por el Código Penal actual.

Código Penal de 1929.

Son tres los artículos que tienen relación con el tema de estudio a saber:

¹⁴ PÉREZ VALERA, Víctor Manuel. Ob. Cit., p. 240.

El artículo 982, que a la letra dice: "El que dé muerte a otro por voluntad de éste y por su orden, se le aplicará una sanción de cuatro a seis años de segregación y multa de treinta a cincuenta días de utilidad".

El artículo 983 establece: "Cuando solamente lo induzca al suicidio o le proporcione los medios para ejecutarlo, se le aplicará una sanción hasta de tres años de segregación y multa de treinta a cincuenta días de utilidad si se verificara la muerte o se causa lesiones. En caso contrario sólo se hará efectiva la multa".

Algo novedoso en relación con los anteriores códigos, es sin duda el artículo 984 el que manifiesta "Si el occiso o suicida fuere menor de edad o padeciere alguna de las formas de enajenación mental, se aplicarán al homicida o instigador las sanciones señaladas al homicidio calificado".

Más pronto de lo que se creía vinieron las críticas a dicho Código, tal es el caso que el mismo Licenciado Portes Gil ordenó de inmediato su revisión total.

Es el 13 de agosto de 1931, cuando el Presidente de la República Pascual Ortiz Rubio expidió el Código Penal para el Distrito Federal, cuya vigencia se ha prolongado hasta la actualidad.

Con respecto al Código actual, presenta grandes novedades en relación con los dos códigos anteriores, el juez tiene mayor arbitrio en la decisión para la aplicación de sanciones, se toman en cuenta las circunstancias exteriores y las peculiaridades del delincuente, se perfeccionan los elementos del tipo de cada delito, la reparación del daño adquiere el carácter de pena pública, etcétera.

Los artículos del Código de 1931 relacionados con el tema son diversos, sin embargo no se hará mención de los mismos en este apartado, debido a que serán explicados detalladamente en el capítulo que corresponde a los aspectos jurídicos de la eutanasia en México.

CAPITULO II

GENERALIDADES SOBRE LA EUTANASIA.

2.1. CONCEPTO.

El término y concepto de eutanasia tienen una gran variedad de usos fácticos, tal como suele emplearse en coloquios, escritos, manifiestos, movimientos y grupos. El uso de la palabra eutanasia plantea un problema serio que necesita de clarificación, ya que a través de dicho término se han originado situaciones muy distintas y hasta contrarias, de tal manera que en nuestra realidad se han contemplados crímenes verdaderamente espantosos y que llegan a constituir verdaderos homicidios, y otras figuras delictivas, que cubiertas bajo el velo de la eutanasia han pasado como hechos y conductas desapercibidas, sin que se haya sancionado al culpable. Por lo tanto, es necesario poner especial énfasis en las características conjuntas que integran el término eutanasia, de tal suerte que si no existe una de ellas, la conducta desplegada será otra y muy seguramente estará investida de un hecho delictuoso sancionado por las leyes.

La eutanasia se ha convertido en un término controvertido, mismo que al extraerse del campo doctrinal adquiere un sentido diferente en cada autor, de muy distinto contenido. Así, a manera de ejemplo se pueden enumerar algunos como:

- 1.- La acepción teológica, que significa "muerte en estado de gracia".
- 2.- El sentido etimológico.- buena muerte, muerte serena y tranquila, muerte sin dolor etc.
- 3.- Lucha contra el sufrimiento a cualquier precio, evitando se prolongue una cruenta agonía.
- 4.- Abstenerse de la aplicación de medios extraordinarios en la fase terminal, mismos que son vistos como un encarnizamiento terapéutico.
- 5.- Se ha entendido como un derecho a la propia muerte (morir con dignidad).
- 6.- Homicidio piadoso.

Sin embargo ante la diversidad de usos fácticos que se le han dado a la eutanasia, surge la necesidad de crear un significado claro y preciso, mediante el cual se pueda excluir cualquier otra conducta que pretenda escudarse bajo el mismo término y constituya en realidad un delito.

La definición de la eutanasia es aún un problema a discutir, varios autores se niegan a definirla, otros dan definiciones plenamente tautológicas o puramente etimológicas. Para dar una idea más amplia, es indispensable aludir a algunas definiciones que permitan establecer con mayor claridad y precisión su concepto. En ese sentido han sido múltiples los conceptos creados en torno a la eutanasia, a saber:

En primer término, es necesario acudir a las raíces etimológicas, así la palabra eutanasia viene de dos voces griegas eu=bueno y thanatos=muerte. Con dicha etimología se hace referencia a una muerte buena.

El Diccionario de la Real Academia Española define a la eutanasia como "muerte sin sufrimiento físico y, en sentido estricto, la que así se provoca voluntariamente".¹⁵

Martín Diego Farrel, entiende por eutanasia "el privar de su vida a otra persona, sin sufrimiento físico, a su requerimiento o al menos con su consentimiento y en su interés".¹⁶

Ricardo Royo - Villanova da un significado de ilimitados confines "Es la muerte dulce y tranquila, sin dolores físicos ni torturas morales, que puede sobrevenir de un modo natural en las edades más avanzadas de la vida, de un modo sobrenatural, como gracia divina o sugerida por una exaltación de las virtudes estoicas, y que puede ser provocada artificialmente, ya por motivos eugénicos, bien con fines terapéuticos, para suprimir o abreviar una inevitable, larga y dolorosa agonía; pero siempre previa una reglamentación legal o el consentimiento del enfermo".¹⁷

Jiménez de Asúa, señala que la eutanasia es un término limitado y que consiste en la "muerte tranquila y sin dolor, con fines libertadores de padecimientos intolerables y sin remedio, a petición del sujeto, o con objetivo eliminador de seres desprovistos de valor vital, que importa a la vez un resultado económico, previo diagnóstico y ejecución oficiales".¹⁸

"El doctor Dérobert citando a Littré afirma que por eutanasia puede entenderse, la muerte dulce y sin sufrimientos que se da a los enfermos incurables,

¹⁵ Cit. Por. FARREL, Martín Diego. *La Ética del Aborto y la Eutanasia*. ED. Abeledo Perrot. Buenos Aires, 1985, p. 105.

¹⁶ *Ibidem*, p. 106.

¹⁷ Cit. Por. JIMÉNEZ DE ASUA, Luis. *Ob. Cit.*, p. 338.

¹⁸ *Ibidem*, p. 339.

cuya evolución de la enfermedad es fatal y que están torturados con dolores físicos intolerables y persistentes, que los medios terapéuticos no pueden atenuar".¹⁹

En el campo de la moral, la definición del español Gonzalo Higuera, ha tenido una gran aceptación, entendiéndose por eutanasia "la práctica que procura la muerte, o mejor, abrevia una vida para evitar grandes dolores y molestias al paciente, a petición del mismo, de sus familiares o, sencillamente, por iniciativa de tercera persona que presencia, conoce e interviene en el caso concreto del moribundo".²⁰

Para el doctor García Herrera, eutanasia significa "inducir la muerte en un ser que sufre de una enfermedad incurable o en extremo dolorosa".²¹

Cuello Calón, dice que la verdadera eutanasia es "la que se inspira por la piedad y la compasión hacia el triste doliente, solo procura su tránsito sin angustia ni dolor, no la que se propone causar la muerte".²²

Enrique Ferri, distinguido jurista, en su obra "El Homicidio-Suicidio" al abordar el estudio jurídico del suicidio, hace alarde a la eutanasia y señala que quien da muerte a otro guiado por móviles piadosos y altruistas, no debe ser considerado delincuente, pues el amigo que por piedad mata al amigo condenado por una enfermedad incurable y cediendo a sus reiteradas súplicas no puede considerarse homicida, ya que su conducta está justificada por un deber moral.

Villalobos en su obra "Derecho Penal Mexicano" hace referencia a la eutanasia como "aquella muerte (buena o mala) para suprimir mayores penas o

¹⁹ Cit. Por. PÉREZ VALERA, Víctor Manuel. Ob. Cit., p. 24.

²⁰ Idem.

²¹ GARCÍA HERRERA, Arturo. *¿Quién debe morir?*. ED. Costa Amic, México, 1976, p. 34.

²² CUELLO CALÓN, Eugenio. *El Problema Penal de la Eutanasia en Tres Temes Penales*. Bosch Casa Editorial. Barcelona, 1955, p. 129.

acabar con un estado de dolor o de miseria; se traslada a cualquiera que se cumple por solicitud o con anuencia del occiso, por suponer que es el mejor juez de su situación".²³

Toro Nieto, reserva la denominación de eutanasia a "aquellos crímenes caritativos, en que una persona, ante los incesantes requerimientos de otra, víctima de incurable mal, la priva de la vida piadosamente, para hacer cesar sus estériles sufrimientos".²⁴

González Bustamante, empieza por fijar el concepto de eutanasia a través del sentido etimológico y dice "El término eutanasia deriva de dos voces griegas: eu- bien y thanatos-muerte y significa, en un sentido estricto, la muerte tranquila: la muerte dulce, la muerte pacífica y misericordiosa que en el tránsito de la vida terrena hacia el mundo de lo desconocido, se hace sin dolor ni sufrimiento".²⁵

El mismo autor, con profunda admiración y respeto, hace referencia a Morselli, para quien la eutanasia es "la muerte que otro da a una persona, aquejada de una enfermedad incurable o muy penosa para suprimir la agonía demasiado larga o dolorosa".²⁶

Delimitar el concepto de eutanasia cada vez es más interesante, pues parece ser un término fácil, pero que a su entorno giran una serie de situaciones de hecho que no pueden ser consideradas como tales. De esta manera, cuando se hace referencia a la noción etimológica, significándola como muerte buena, muerte dulce y tranquila etc., dicha acepción no lo es del todo correcta y por

²³ VILLALOBOS, Ignacio. *Derecho Penal Mexicano. Parte General*. ED. Porrúa. Edic. 5ª. México, 1990, p. 499.

²⁴ TORO NIETO, Vicente. Ob. Cit., p. 17.

²⁵ GONZÁLEZ BUSTAMANTE, Juan José. Ob. Cit., p. 9.

²⁶ *Ibidem*, p. 10.

tanto se debe atender no sólo al origen etimológico, sino a una serie de elementos que requieren de un análisis profundo y concienzudo. Así, no se puede hablar simple y llanamente de eutanasia refiriendo a una muerte dulce y tranquila, porque también los asesinos pueden procurar a sus víctimas muertes que revistan tal característica, esto es, ser dulces y tranquilas. En realidad lo que implica la eutanasia es una acción u omisión en consideración a la persona que muere. La delimitación del concepto adquiere gran relevancia en función de los motivos que llevan al sujeto activo a aplicarla, así se piensa, que el acto de eutanasia se realiza cuando se procura un bien a la persona que muere, ya sea atendiendo a la súplica reiterada del propio sujeto pasivo o bien a la voluntad conjunta del médico y familiares que están atentos a cada caso concreto, pero siempre motivados por un móvil de piedad y de humanidad.

Desde este particular punto de vista, se plantea un problema central en la definición de eutanasia, a saber ¿Cuándo la muerte se convierte en un bien para la persona a quien se debe aplicar la eutanasia?. Para dar contestación certera a dicha interrogante, es necesario referirse a la vida humana como un bien, de tal forma que la vida a pesar de ser generalmente aceptada como un bien en sí mismo atendiendo a patrones de santidad, también es importante atender a ciertos niveles de calidad o más que eso de dignidad. En suma la vida es un bien cuando la misma es digna, y la dignidad humana radica en la libertad del individuo para realizarse, de tal manera que cuando la vida ya no permite el desarrollo de las potencialidades de la existencia humana, se convierte un medio para la existencia biológica perdiendo todo su sentido. Esto significa que bajo el rubro de eutanasia no solo se cobijan supuestos de procesos terminales de muerte, sino también casos en los que sin amenazar una muerte inminente una persona lleva una vida dramática, acompañada de crueles sufrimientos físicos, o casos en que el paciente ha perdido irreversiblemente la conciencia y es mantenido con vida mediante técnicas de reanimación.

Cuando se habla de eutanasia, se hace referencia a lo injusto de permitir una existencia indigna o prolongar una agonía cruenta y dolorosa que aboca irremisiblemente a la muerte.

En conclusión y procurando respetar el uso común del término, se puede entender por eutanasia " La acción u omisión que realizan una o más personas motivadas por un sentido de piedad o humanitario, en consideración a otra persona que lo solicita en pleno uso de sus facultades mentales, debido a los graves sufrimientos de su enfermedad incurable en fase terminal o su grave minusvalía, que de forma directa o indirecta provocan su muerte sin sufrimientos.

De esta definición surgen cuatro elementos trascendentes:

1.- Que se trate de un sujeto:

a) con una enfermedad irreversible en fase terminal, bien definida y sin posibilidad de cura.

b) con graves minusvalías, que no le permitan llevar una vida digna y tenga asegurada una existencia dramática.

2.- La solicitud seria, expresa y reiterada del sujeto pasivo.

3.- Que se practique en consideración o en interés de la víctima; y

4.- Que la provocación de la muerte sea con el mínimo sufrimiento físico.

Requisitos que de no existir alguno, se estará frente a un homicidio, suicidio asistido, etc.

Ahora bien, de los elementos que anteceden es necesario precisar en primer término, que la persona víctima de una enfermedad incurable en fase terminal o de graves minusvalías, debe manifestar su consentimiento de manera expresa e indubitable y de forma reiterada, de tal manera que en la definición se excluyen todos aquellos casos de eutanasia involuntaria, ya que toda persona debe ser consultada sobre su destino final y siempre debe respetarse su voluntad sea en favor o en contra de la eutanasia. Este requisito deja problemas subsistentes como el caso del sujeto pasivo que es incapaz de consentir la privación de su vida debido a la pérdida irreversible de su conciencia, situación que no puede ser olvidada en el presente estudio. El caso podría quedar solucionado, si la parte interesada hubiera dejado claramente establecida su voluntad por anticipado, verbigracia, en su propio testamento, de lo contrario se atendería a la doctrina de los medios proporcionados y desproporcionados, que determina que el bien de salvar la vida es moralmente obligatorio únicamente si su prosecución no es gravosa, o desproporcionada con los beneficios esperados. Aquí debe ponerse de relieve que no se trata de escoger un tratamiento y determinar si es o no proporcionado, en virtud de que la proporción o la desproporción se debe atender a las circunstancias especiales de cada caso, es decir, sólo se podrá aplicar al paciente un tratamiento siempre que no resulte excesivamente gravoso y no imponga ninguna carga para él o para otro, además de que el mismo sea proporcional al beneficio esperado. Por el contrario si no se aplica dicha teoría, se estaría frente a un caso de distancia, consistente en la prolongación artificial de la vida, con un alto grado de certeza razonable de que la recuperación del enfermo no será exitosa aplicando medios desproporcionados en exceso al resultado.

Cabe señalar que en dicho supuesto, es necesario que haya una determinación conjunta del médico y los familiares del paciente, siendo además indispensable se exija la opinión concordante de por lo menos dos médicos en favor de la eutanasia.

Por otra parte, atendiendo a la interrogante ¿en consideración a quién se está actuando?, es importante destacar que en la definición de eutanasia, sólo los casos en que se opte por la muerte por consideración a quien muere, serán aceptados bajo ese rubro. Un ejemplo clásico es el exterminio de Hitler, mismo que se sospecha no fue motivado por el interés de los exterminados, sino por interés de la "raza superior".

La postura se agrava en el caso de los niños que nacen con el síndrome de Down, en los cuales desde un punto de vista médico, en algunas legislaciones se autoriza la eutanasia, siendo que en realidad no se toma en cuenta el interés del sujeto pasivo, sino el de otros. Así, cuando estos niños nacen con obstrucción intestinal, algunos padres otorgan su consentimiento para que el médico no los opere, lo que ocasiona una muerte rápida al niño, actitud que no encuadra dentro del concepto de eutanasia, ya que la operación no es dolorosa, ni trae como consecuencia una experiencia traumática para un recién nacido, hablar de riesgo no tiene sentido, puesto que el no operar implica necesariamente la muerte. Además existen estadísticas que los niños con esa enfermedad, pueden llevar una vida razonablemente feliz. No se piensa en los intereses del niño y se le deja morir en interés de los padres, que vivirían angustiados por las deficiencias de su hijo lo que incidiría negativamente en la unidad familiar, argumentos que no cuentan con bases sólidas y que por tanto son insostenibles e ilegales.

El requisito de la carencia de sufrimiento físico, debe ser interpretado dentro de los límites razonables, elemento que puede variar según las circunstancias especiales del sujeto pasivo. Un ejemplo claro, es el hecho de que a un enfermo de Sida en su fase terminal se le aplica una dosis letal de morfina, obviamente previo su consentimiento, y no porque la aguja le cause dolor no se está dentro del concepto de eutanasia. En realidad lo que se requiere es que la privación de la vida se practique por un medio que cause menos dolor que la prolongación de su agonía.

2.2. CLASIFICACIÓN

El término eutanasia, ha dado lugar a múltiples clasificaciones sobre la manera en que se pueda practicar; sin embargo, suelen ser poco precisas y confusas, por lo que se atenderá a una clasificación que se derive del concepto mismo, y ayude a distinguir cada uno de los supuestos eutanásicos.

Atendiendo a la forma como se realiza, se divide en:

1.- directa.

Eutanasia activa

2.- Indirecta.

1.- Abstención Terapéutica.

Eutanasia Pasiva

2.- Suspensión Terapéutica.

2.2.1. LA EUTANASIA ACTIVA, también llamada positiva es "toda acción que procura directa y activamente la muerte del enfermo, es la intervención para acelerar el desenlace final del moribundo".²⁷

Medina Monteserin, dice que la eutanasia activa consiste en "la ejecución de medidas que aceleran el desenlace de la muerte".²⁸

²⁷ I PLANAS DE FARNÉS, Joan Vilar. *Tiempo para vivir, Tiempo para morir*. Revista Derecho y Persona. No. 10. España, 1983, p. 236.

²⁸ MEDINA MONTESERIN, Teresa. *¿llene el ser humano un derecho a morir?*. Revista Universitas. Universidad Pontificia Javeriana No. 229. Colombia, 13 de Junio, 1984, p. 245.

"Häring define la eutanasia activa o positiva como la institución planificada de una terapia encaminada a procurar la muerte antes de lo que sería esperado en otro contexto".²⁹

Este tipo de eutanasia tiene dos subclases:

1.- La eutanasia activa indirecta.

Es aquella en la que el sujeto activo tiene la intención de suprimir el dolor que siente el enfermo, mediante el empleo de medicamentos que necesariamente producen el efecto de acortar el periodo de vida, por ejemplo, la aplicación de ciertos fármacos como la morfina. En este supuesto el resultado de la muerte se genera como efecto secundario, sin que exista la intención directa de provocarla en forma inmediata.

Aquí la conducta desplegada del sujeto activo, no puede ser considerada propiamente como eutanasia, toda vez que no está propiamente encaminada directamente a causar la muerte, aún cuando con dicha acción se está dulcificando el transe existente entre la vida y ésta última.

2.- La eutanasia activa directa.

Es conocida, como la eutanasia en sentido estricto o propiamente dicha, la conducta del sujeto activo se caracteriza por la intención de ayudar a poner fin a los dolores del enfermo, en forma directa e inmediata y sin sufrimientos.

2.2.2. LAEUTANASIA PASIVA.

En este supuesto, se tiene conocimiento de que el sujeto pasivo, en cuestión de un breve lapso le va a sobrevenir la muerte, por lo que no existen

²⁹ Cit. Por. PÉREZ VALERA, Víctor Manuel. Ob. Cit., p. 25.

esperanzas de salvar la vida, ante lo cual el sujeto activo en forma consciente y a petición del enfermo deja de seguir aplicando el tratamiento o los medios extraordinarios distanásicos, o bien, no aplica el tratamiento que de nada serviría al enfermo.

Håring define a este tipo de eutanasia como "la omisión planificada de los cuidados que probablemente prolongarían la vida".³⁰

Por su parte, Sporken dice que la eutanasia pasiva se puede interpretar como " la renuncia a la prolongación artificial de la vida dentro de un proceso de fallecimiento".³¹

La eutanasia pasiva encuentra dos formas a saber :

1.- La abstención terapéutica.

Consistente en la decisión de no iniciar tratamiento alguno en virtud de no existir esperanzas de vida, además de no servir de nada dicha aplicación para mejorar al enfermo.

2.- La suspensión terapéutica.

Es la suspensión de un tratamiento ya iniciado y de cualquier medio extraordinario que contribuya a la prolongación de la vida, que ante la presencia de una enfermedad incurable en fase terminal no sirve para que el enfermo mejore y cuyo efecto es únicamente el de prolongar una agonía innecesaria.

³⁰ *Ibidem*, p. 26.

³¹ *Idem*.

A la eutanasia pasiva se le han otorgado diferentes denominaciones, pero las más importantes con las que se ha llegado a comparar son sin duda, la adistanasia y la ortotanasia.

La adistanasia, es un término que proviene de la misma raíz griega, con la diferencia de que le antecede una *a* que es privativa. Consiste en dejar de proporcionar al enfermo aquellos medio ordinarios o extraordinarios que sólo tenderían a retrasar una muerte inminente.

"En suma, poco a poco, en moral comienza a adquirir carta de ciudadanía tanto el nombre como el hecho de la adistanasia. Pero no ha pasado lo mismo en el ámbito jurídico. Las grandes controversias que suscitó en los Estados Unidos el caso reciente de Karen Quinlan es una prueba de ello. Con todo va habiendo avances sensibles. El famoso Bill of rights americano (Carta de los Derechos de los Enfermos Hospitalizados) es un documento que más que favorecer la eutanasia defiende la adistanasia: el derecho del enfermo a no prolongar irracionalmente su vida. Dentro de cierto margen el paciente puede rechazar el tratamiento y debe ser informado por los médicos de las consecuencias de su determinación. La ley del Estado de California y el proyecto francés Caivallet, entre otros propugnan este derecho".³²

Por su parte, la ortotanasia, se ha definido como aquella muerte recta y justa en su momento, esto es, constituye el derecho a una muerte natural.

La palabra ortotanasia viene del griego "orthos" recto y "thanatos" muerte. El primero en utilizar dicho término fue Roskam de Lieja en 1950, en el desarrollo del Primer Congreso de Gerontología en Romero-Casabona.

³² *Ibidem*, pp. 38-39.

Existen diversas opiniones acerca del concepto de ortotanasia, y en términos generales cada una encuentra más similitudes que diferencias y precisamente su característica esencial es, el respeto a una muerte natural y con ello no dar paso a la prolongación de una existencia biológica mediante medios artificiales de reanimación.

Para M. Polaino, la ortotanasia consiste en "la muerte normal que logra sus fines gracias a la omisión de cualquier tipo de ayuda médica".³³

Joan Vilar, la define como "la abstención de tomar las medidas convenientes para vencer obstáculos que se oponen a la prolongación de la vida".³⁴

" Gonzalo Higuera, la define como aquella postura que tiende a conocer y respetar el momento natural de la muerte de cada hombre y de sus concretas circunstancias, sin querer adelantarlo para no inducir en la eutanasia, ni tampoco prolongar artificialmente cualquier tipo de vida con medios desproporcionados, para no caer en el extremo opuesto de la distancia, también reprochable; aunque siempre dejando de actuar e intervenir la relativa libertad de conducta que permite y exige la racionalidad humana, frente a una pasividad meramente animal".³⁵

Realmente esta definición, sitúa a la ortotanasia entre los extremos de la eutanasia y la distancia, sin ser una definición clara. En términos más concretos y precisos se podría entender como ortotanasia, la supresión de aquellos cuidados especiales de reanimación, de pacientes incurables, ya sea en estado de coma irreversible o bien en estado de vida vegetativa artificial, evitando así la prolongación de una vida puramente biológica.

³³ POLAINO LORENTE, Aquilino M. *Antinaturalidad y Eutanasia*. Revista Istmo. No. 146. México, mayo-junio, 1983, p. 26.

³⁴ I PLANAS DE FARNÉS, Joan Vilar. Ob. Cit., p. 23.

³⁵ Cit. Por PÉREZ VALERA, Víctor Manuel. Ob. Cit., p.39.

2.3. LA DISTANASIA.

Sin duda alguna, no podría omitirse en el presente estudio, el hablar de una figura tan relevante y completamente opuesta a la eutanasia, es decir, la distanasia.

Consiste esencialmente en una lucha deshumanizada, tendiente a distanciar a toda costa el acaecimiento de la muerte, mediante el empleo de medios ordinarios y extraordinarios, manteniendo a un ser humano con vida artificial aún cuando existe la certeza de que la recuperación no será exitosa. Aquí, los medios son desproporcionados en exceso al resultado con el sólo efecto de prolongar una agonía innecesaria, acompañada de grandes sufrimientos.

La distanasia proviene del prefijo griego dis- que significa dificultad u obstáculo, y thanatos muerte, se caracteriza por una serie de acciones empleadas para obstaculizar la muerte, lo que va en contra de la propia naturaleza humana.

"Soroa y Pineda afirman que el término fue creado por Morache para significar en oposición a la eutanasia la muerte difícil, en medio de sufrimientos físicos y morales".³⁶

Un aspecto básico de la distanasia, lo constituye el hecho de que el sujeto pasivo se encuentra conectado a un sin número de aparatos que lo mantienen con vida artificial, situación que además está acompañada de complicaciones, operaciones, enfermedades accesorias etc., dando lugar a un verdadero encarnizamiento terapéutico, terminando el paciente por ser tratado como un simple objeto de experimentación.

³⁶ *Ibidem*, p. 35.

2.4. DIVERSOS PUNTOS DE VISTA DE LA EUTANASIA.

En virtud de que la eutanasia es un tema muy controvertido, merece especial importancia atender a un enfoque interdisciplinario, con la finalidad de evitar polarizaciones en el análisis del tema de estudio.

2.4.1. JURIDICO.

Los aspectos jurídicos que se han suscitado en torno a la eutanasia, han sido consecuencia de grandes acontecimientos a nivel internacional. En el mundo entero, existen personas que son sometidas a un encarnizamiento terapéutico, ante los avances de la ciencia médica y el deseo de los estudiosos de la misma de combatir el dolor como tarea primordial, manteniendo con vida a seres humanos deteriorados en todo aspecto, seres que padecen terribles dolores debido a la última fase de su enfermedad incurable y, que desean morir, pidiendo a gritos se les aplique la eutanasia. Son múltiples los casos que han dado origen al planteamiento de legalizar la muerte digna; sin embargo, los vacíos jurídicos son inmensos.

Ante tal situación, las leyes no han sido suficientemente flexibles para regular razonablemente y con justicia un nuevo estado de cosas. Es por ello, que el derecho no puede petrificarse y mantenerse estático, permaneciendo al margen de los progresos de la humanidad. Un ejemplo alarmante, es el de las normas que día a día son infringidas por no responder a los cambios sociales ni a la mentalidad de los miembros de la sociedad; el derecho debe crear instituciones que resuelvan los problemas de la realidad que regula, no puede envejecer. Por lo tanto, es necesario adaptar sus principios más básicos e inmutables hacia caminos más definidos y crear normas prácticas que hagan desaparecer instituciones obsoletas que no proponen solución alguna a los avances y necesidades de la vida práctica, el derecho debe permanecer dinámico, vivo y correr al compás de la sociedad que ha de encausar.

Si bien cada caso en concreto crea problemas jurídicos diversos, en opinión muy razonable, también es necesario dar solución a dicha problemática, misma que puede ser resuelta sentando las bases sobre las cuales se puede entender como eutanasia a determinada conducta. Y que debido a los requisitos más rigurosos que deberán de ser observados, el incumplimiento del más mínimo elemento dará lugar a la configuración de una conducta delictiva. No es justo, que existiendo en el mundo personas que claman se les deje morir en paz, presas de dolor y sufrimientos insoportables, no se legisle al respecto.

Las leyes y decisiones de los tribunales que se han dictado en relación con la eutanasia varían de país en país. Así, se pueden encontrar opiniones de la más diversa índole. Enrique Ferri, señala que no puede ser considerado delincuente quien da muerte a otro por móviles piadosos. Del Vecchio considera que la conducta eutanásica no es constitutiva de delito, ya que no lesiona el orden jurídico al consistir en la facultad de privar de la vida a otro observando las formalidades basadas en el consentimiento, ante testigos o por escrito y en el informe médico. Para Binding y Hoche, la eutanasia es un acto aprobado, constituye no un medio de matar sino de curar. Por su parte Binet-Sangle, dice que cuando el dolor es curable debe combatirse con la terapéutica y cuando es incurable con la eutanasia. Cuello Calón estima, que la elevación del móvil que impulsa al homicida en la eutanasia, puede ser considerado únicamente como una atenuante. Y es en este último sentido que la mayoría de los Códigos penales de todo el mundo se han pronunciado, entre los que se pueden mencionar a guisa de ejemplo, los códigos de Bulgaria, Noruega, España, Polonia, Letonia, Brasil, Cuba, Costa Rica, Bolivia y Argentina entre otros. Los países que han legislado en torno a la eutanasia a través de una ley específica que la regule son escasos, a saber: Holanda, Australia, Estados Unidos y recientemente Colombia.

Hoy en día los juristas más eminentes consideran que el asunto de la eutanasia no tendrá una solución firme y decidida, en tanto el principio religioso

>no matarás< siga triunfando sobre aquellos que son los únicos facultados para sentar bases sólidas al respecto, esto es, médicos y abogados entre otros.

La ley penal mexicana no aborda de manera específica y directamente este problema, con excepción del Código Penal del Estado de México, de tal forma que en el Distrito Federal se tomarían en consideración ante un Homicidio por móviles piadosos, las circunstancias que menciona el artículo 52 del Código penal, para determinar la magnitud de la pena. En cuanto al Código penal del Estado de México, en su artículo 249 establece: "Se impondrán de seis meses a diez años de prisión y de cincuenta a setecientos días multa, al inculpado de homicidio cometido :

III.- Por móviles de piedad, mediante súplicas notorias y reiteradas de la víctima, ante la inutilidad de todo auxilio para salvar su vida.

Giuseppe del Vecchio en su tesis sobre la eutanasia, al analizar la evolución del homicidio señala " Primero se mató por instinto de conservación y por la lucha por la vida, otras veces por represalias, por venganza o por intenso dolor; hoy con el progresar de la civilización, por demencia creciente. Mañana se hará por que la ciencia, consejera del hombre le indicará que no se debe sufrir inútilmente. Demostrado dice, lo infundado de la tesis moral-religiosa (bastaría con el ejemplo de la guerra, admitida por todas las naciones civiles y justificada y codificada por el Derecho Internacional que demuestra la caída del canon religioso no matarás), sólo restaría la tesis moral social".³⁷ Esta última, hoy en día ha perdido terreno y el hecho de que nadie tiene derecho a disponer de la vida de otro ser, no responde a situaciones reales, ya que se sabe que, en caso de estado de necesidad y de legítima defensa, así como en el aborto, los Códigos han justificado la actuación homicida.

³⁷ Cit. Por. BOUZA, Luis Alberto. *El Homicidio por Piedad y el Nuevo Código Penal*. Colección Abadie-Santos-VII. Montevideo, Uruguay, 1935, p.73.

2.4.2. MEDICO.

"Desde un punto de vista médico, eutanasia es todo tipo de terapia que suponga objetiva o intencionalmente, directa o indirectamente, el adelantamiento de la muerte".³⁸ Concepto en el que de manera estricta, se reserva el término eutanasia exclusivamente a la activa directa.

La eutanasia continúa planteando problemas de conciencia muy serios y que deben ser resueltos, situaciones en torno al paciente, a los familiares, al Estado etc., pero fundamentalmente que conciernen en gran medida al médico, quien es responsable de sus propias decisiones y se encuentra sometido a una serie de disposiciones primero éticas, que le impone su propia profesión, legales y religiosas. Lo que ocasiona que el médico no siempre tome la mejor decisión y se aleje en estos casos del paciente, debido a su falta de preparación humanística, de responsabilidad profesional y por no estar preparado para dar soluciones tan complejas, que no solo afectan al paciente y a los familiares sino al él mismo.

La causa de dicha despersonalización consiste, en que los propios programas tradicionales de educación médica han ofrecido a los estudiantes de medicina muy poca información acerca del problema de la muerte, así el primer encuentro que tiene el futuro médico con el cuerpo humano es en el anfiteatro a través de la materia de anatomía, lo que resulta preocupante, pues su aprendizaje comienza con un cadáver, que no saben quien fue y sin importarles si algún día estuvo dotado de vida, despersonalización que continúa cuando practican autopsias con cuerpos recién fallecidos y donde ya empiezan a asociar el cuerpo muerto con lo que fue un ser viviente, finalmente entran en contacto con seres vivos cuando empieza su etapa clínica, a quienes pueden conocer a través de su historia clínica, los identifican por su nombre, saben sus problemas, sus reacciones y angustias, con lo cual termina la experiencia inicial impersonal, lo que debería de ser un programa

³⁸ VIDAL, Marciano. Ob. Cit., p. 78.

invertido ó conjunto estableciendo el trato directo desde el principio con seres humanos vivos.

Es difícil de tratar para el médico un problema complejo y universal, pero lejos de comprender lo que hasta el momento parece incomprendible, debe evitar sentimientos propios que le dificulten su ejercicio profesional, no debiendo permanecer al margen de la discusión, ya que uno de sus papeles es el de facilitar el tránsito de una vida deplorable al de la muerte y es precisamente aquí cuando el arte de la medicina debe ser manejado con la mayor pericia y sensibilidad. En ese sentido, el médico debe evitar la despersonalización traducida en la mera administración de sedantes y la lejanía con los familiares del moribundo, con su simpatía, tacto, prudencia y habilidad profesional puede evitar traumas familiares y hacer posible de una forma más fácil y adecuada el trance de la vida a la muerte.

Sin duda la misión del médico es de radical importancia en la práctica de la eutanasia, el cual se ve presionado por una serie de imposiciones éticas desde el principio de su carrera, pues es educado para salvar vidas, pero todo tiene un límite y en cuanto un paciente está dentro de los requisitos que implica la muerte digna, el seguir luchando contra su voluntad no tiene caso y en muchos casos un esfuerzo al parecer loable resulta desgraciadamente inútil; más que prolongar la vida, se prolongan agonías y sufrimientos innecesarios, se prolonga el acto de morir.

Tradicionalmente, el médico ha sido el defensor de la vida, ya Hipócrates había previsto la posibilidad de que un paciente con enfermedad incurable en su fase terminal, pidiese al médico le ayudara para morir, ante cuyas súplicas el médico no se debería dejar inducir, ni a suministrar veneno, ni aconsejarle tales circunstancias. Sin embargo, la realidad es otra y si bien la misión del médico es salvar vidas, esto no es posible siempre, ya que hoy en día los avances de la ciencia médica permiten aplicar terapias que son eficaces para

combatir el dolor, prolongar la vida del enfermo, pero ineficaces para curar, con lo cual dicha misión se traduce en curar a veces, aliviar a menudo y consolar al enfermo incurable y cuando la enfermedad de éste ha llegado a su fase terminal, debe ayudarlo a morir. El hombre tiene un derecho a la vida, lo que le permite luchar contra la muerte, pero cuando la naturaleza humana cumple su ciclo vital, ya de modo natural o por accidente, llega un momento en que el hombre tiene que aceptar la muerte y el derecho de decidir su propia muerte.

Una situación fundamental siempre en la actividad del médico, es que la decisión del enfermo o de sus parientes más cercanos, en cuanto a la aplicación de los medios extraordinarios para prolongar la vida siempre debe ser respetada. Para lo cual el paciente y familiares en su caso, deben estar debidamente informados, el médico no puede tomar una decisión o aplicar un tratamiento sin el consentimiento informado del paciente. Todo tratamiento médico al menos en los niveles más graves del paciente debe estar acompañado por el consentimiento del enfermo, mismo que debe ser informado, voluntario y competente.

Uno de los problemas más difíciles, es lo que tiene que explicársele al paciente, cómo debe explicársele y en qué magnitud. El médico a través de su diagnóstico, pronóstico y tratamientos alternativos, su aplicación o no aplicación de los mismos, son cuestiones científicas que corresponde determinar al médico y que debe manejar con mucha dinámica y profesionalismo según los elementos dados por el propio paciente a través de su forma de ser y de pensar. De esta forma, la incurabilidad debe anunciarse al paciente con la dosis adecuada de conocimientos, quien tendrá a su vez la más amplia libertad de comunicársela a quien estime conveniente, pero siempre con la garantía del deber del secreto profesional.

El pronóstico es función médica y por tanto quien lo realizó tiene obligación de formularlo con todas las posibles respuestas y no debe olvidar que de

su explicación depende la calma tras la tormenta y no se deambulará tras soluciones en curanderos o charlatanes. De acuerdo con Alfredo Achaval, el médico debe tener en cuenta tres elementos básicos: 1) Considerar que el error y el diagnóstico son inseparables, 2) Que el diagnóstico no es definitivo, 3) El médico tratante es el primero que debe darse cuenta del error.

Anunciar la muerte para un futuro inmediato traería como consecuencia la desconfianza del paciente-médico, por lo que es recomendable anunciar siempre una gama de posibilidades cuya certeza dependerá de la evolución del paciente, lo que evitaría ver al médico en un momento dado como un enemigo y sí verlo como un abogado del bienestar del enfermo, donde la cooperación de ambos en la toma de decisiones es radical.

Otra preocupación del médico, es considerar como una posibilidad la mentira piadosa, la cual resultaría justificante ante enfermos temerosos y de los cuáles sería necesaria la prolongación de un periodo útil de su vida.

A pesar de todo, el médico es el único en la mayoría de las veces, quien cuenta con los datos suficientes y la imparcialidad debida para decidir en conciencia y objetividad, en que momento puede considerarse inútil todo esfuerzo.

Se puede esperar cuando hay posibilidades de curación o cuando el enfermo está inconsciente, pero si éste renuncia a vivir y los exámenes clínicos, de laboratorio y de gabinete permiten llegar a un diagnóstico indicado que el paciente está sujeto a enfrentar un padecimiento fatal y tormentoso lleno de dolor y sufrimientos, el camino idóneo es la eutanasia.

2.4.3. MORALES.

En la práctica eutanásica existen múltiples argumentos que condenan continuamente toda acción directa tendiente a abreviar la vida del moribundo,

alegando que se atenta contra el principio de la inviolabilidad de la vida humana anteponiendo otros valores por encima del valor vida, señalan que en caso de que se opte por su legalización se generará una arbitrariedad por parte de las autoridades, además se reprueba rotundamente toda consideración utilitarista de la vida. Sin embargo, esa valoración no impide plantear el problema que enfrenta el valor vida humana cuando entra en conflicto con el valor morir dignamente; en ese sentido no todas las situaciones eutanásicas pueden ser reprobadas moralmente, de tal manera que cuando el vivir humano se ve acompañado de un encarnizamiento terapéutico, de una agonía prolongada y sufrimientos notables, el valor morir con dignidad aparece como una alternativa mejor.

Existen múltiples casos en los que la obligación del médico de prolongar la vida termina, así el derecho a una muerte humana no significa que se apliquen todos los medios que estén al alcance de la medicina, con lo que se obtiene únicamente retrasar de manera artificial y mediante técnicas de reanimación la muerte. A manera de ejemplo, cuando se certifica una muerte clínica, no tiene sentido el mantener con vida vegetativa a un ser humano, no siendo por tanto inmoral sino recomendable el suspender el tratamiento distanásico.

2.4.4. RELIGIOSO.

Desde un punto de vista religioso se ha mantenido una actitud lógica, al negar toda acción tendiente a privar deliberadamente de la vida a un individuo. Este juicio se basa generalmente en los argumentos que se expresan a continuación.

La doctrina cristiana señala que sobre todo hombre recae el poder del quinto mandamiento, donde se prohíbe tajantemente matar. De tal forma que el hombre al ser una creación de Dios, el que priva de la vida a otro ser humano comete una injuria contra Dios.

Por otra parte, establecen como un dogma el hecho de que el dolor es bueno, porque redime, santifica y purifica y que por lo tanto la eutanasia es un acto que atenta contra todo principio divino y por ende deviene reprochable.

Ahora bien, si se atiende a la función del médico, esta concepción es carente de sentido, ya que una de las labores primordiales del médico es quitar el dolor, pues si fuera bueno y purificador, no tendría caso proporcionar analgésicos, lo que sin duda lleva a determinar que el dolor lejos de ser bueno, enturbia la mente y daña el espíritu, quien deja sufrir a alguien, teniendo los medios para evitarlo, en lugar de ayudarlo lo perjudica. Más aún, admitir que el sufrimiento es el camino de la salvación, muy pocas personas sometidas a un gran sufrimiento en la última fase de su enfermedad aceptarían ese argumento de no aliviarles el dolor o por ejemplo, de amputarles un miembro sin anestesia.

La Iglesia reprueba muchas conductas incurriendo en ciertos casos en crasos errores, así, cuando se habla del mandamiento que señala "no desearas la mujer de tu prójimo" tratando de evitar la propagación de hombres bigamos, parece ser que la mujer sí puede desear el hombre de cualquier otra mujer, lo que sería bastante arbitrario y que lo justo hubiese sido "no desearás la pareja de tu semejante". Por lo tanto, es necesario hacer alusión, que el quinto mandamiento también tiene sus limitaciones, tal vez se refiere a no matar por gusto, por odio o por venganza, quedando de dicho mandamiento excluida la hipótesis de hacerlo por piedad. El hecho de que esta posición pueda desembocar en una matanza de inocentes es una remota posibilidad, bastando analizar las características bajo las cuáles una conducta puede ser considerada como eutanasia, lo que excluiría cualquier circunstancia adversa.

En la actualidad y desde hace ya algunas décadas, las perspectivas de éxito de la eutanasia pasiva no son malas, inclusive existen antecedentes con el

Papa Pío XII en 1957, donde se pronunció a favor de la misma en un discurso, argumentando que cuando el tratamiento suministrado al paciente sobrepasa los medios ordinarios, el médico y sus familiares no están obligados a emplearlos, siendo lícito suprimir la utilización de todo procedimiento artificial, ya mediante la petición del paciente, o de la decisión conjunta del médico y los familiares del enfermo, en su caso.

Existen diversos documentos importantes de carácter pontificio, que se han elaborado en favor de la eutanasia, entre los que se pueden mencionar los siguientes:

El Discurso del 11 de Septiembre de 1956, pronunciado por el propio Pío XII en un Congreso Internacional de médicos católicos, argumentando que en ciertos casos se solicitaba al médico por motivos comprensibles proceder a la eutanasia, pero ese derecho no puede consistir en que el médico y el paciente practiquen la eutanasia directa, con ello permitiendo la práctica de la eutanasia pasiva.

En mayo de 1980 por su parte el Papa Juan Pablo II en una declaración ante la Congregación de la Doctrina de la Fe al hablar de eutanasia, parte del valor de la vida humana, considerando al ser el fundamento de todos los bienes, destacando que una sociedad sólo puede ser humanamente justa cuando se respeta a la vida, por lo que en primer término se conduce en contra de la eutanasia, afirmando que nadie está facultado para autorizar a su vez la muerte de un ser humano inocente, lo que implicaría una violación a la ley divina.

Asimismo, señala que en relación al sufrimiento y al uso de analgésicos a pesar de la valoración del sufrimiento, no se puede pedir una actitud heroica al enfermo y la prudencia cristiana aconseja el uso de medicamentos que

alivien o supriman el dolor, aunque como efecto secundario acorten la vida del paciente.

Finalmente, en el último apartado del documento, mismo que ha sido considerado por diversos autores como el más innovador, en el sentido de suprimir la terminología clásica de los medios ordinarios y extraordinarios y atender a la teoría de los medios proporcionados y desproporcionados que en un sentido estricto es más justa y equitativa, pues un medio extraordinario, en determinado país no puede ser considerado como tal en otro, lo que generaría muchos problemas en perjuicio del propio enfermo, de tal manera que los medios empleados serán en función del resultado que se pueda esperar. "Aclara, ante todo, que por "derecho a morir" no debe entenderse el derecho a procurar la muerte por sí o por otra persona, a voluntad, sino el derecho a morir pacífica y dignamente. Aquí surge el planteamiento del uso de medidas terapéuticas, y se reconoce que no raras veces se presentan situaciones complejas; se recuerda la obligación de cuidar de la propia salud y de los otros, y por lo tanto, la de usar los medios terapéuticos que son necesarios y útiles, y esto de modo proporcionado a las diversas circunstancias: riesgo, costo, probabilidades de éxito, etc. rechazar, asumir o interrumpir el tratamiento dependerá de esta proporcionalidad y siempre que sea posible se debería contar con el consentimiento del enfermo".³⁹ Con esta actitud asumida por el Papa, la sabiduría cristiana a dado un gran paso, lo que ha permitido serios avances en materia de eutanasia.

2.5. EXCLUSIÓN DE ALGUNOS SUPUESTOS NO EUTANÁSICOS.

Toda vez que la palabra eutanasia ha tenido diferentes connotaciones, es necesario señalar algunas de las conductas que deberán quedar excluidas de dicho término.

³⁹ PÉREZ VALERA, Víctor Manuel. *Ob. Cit.*, p. 66.

2.5.1. EUTANASIA EUGENESICA.

Antes de abordar el tema de la llamada eutanasia eugenésica, es necesario puntualizar primero qué se entiende por eugenesia, una vez que ya ha quedado el término eutanasia, definido.

De acuerdo con el Maestro Jiménez de Asúa, la eugenesia consiste en el estudio del control social para engendrar bien a un ser, pero siempre con miras hacia un mejoramiento de las cualidades físicas y mentales de las razas. De tal forma que una sociedad con fines eugenésicos impide a toda costa, la unión de parejas con alguna deficiencia física o mental, para tratar de evitar seres tarados o con malformaciones.

Dicha práctica, tuvo su auge en Nürember (1946-1947) en la Alemania Nazi, donde predominaba una ideología racial basada en la pureza y supremacía de los arios. Hitler se pronunció diciendo que los seres que no son de buena raza no sirven para nada, y un Estado para que lograra alcanzar la supremacía, debería tener hombres sanos e inteligentes.

La eutanasia eugenésica consiste en "La aplicación de las leyes biológicas para perfeccionar las cualidades de las razas humanas y que tiene por fundamento la selección artificial, ya que la naturaleza, viene con la muerte, haciendo que predominen en el medio aquellos seres de cualidades ventajosas frente a sujetos tarados, defectuosos o con caracteres morbosos a los que es preciso eliminar si se quiere lograr la pureza étnica que es necesaria para el progreso de la humanidad".⁴⁰

En términos generales, esa práctica es el exterminio de personas por motivos raciales, mismas que son consideradas desprovistas de valor vital.

⁴⁰ GONZÁLEZ BUSTAMANTE, Juan José. Ob. Cit., pp. 19-20.

Sin embargo, la mal llamada eutanasia eugenésica es un absurdo, pues se ha tratado de aplicar las leyes de la herencia equivocadamente sobre el género humano, lo que propiamente ha quedado comprobado en especies inferiores, ya que es imposible aplicar lo mismos cuidados de la selección y de la genética en un ser humano que en una especie inferior. Verbigracia, la cría de conejos, de gallos, de equinos etc. Más aún, que por la aplicación de las leyes hereditarias no se pueden obtener líneas puras en la especie humana, pues si bien la herencia connota el fenómeno de transmisión de los caracteres morfológicos y cualidades fisiológicas de un ser a su descendencia, también es cierto, que eso sólo es posible si se dan ciertas condiciones, tomando en consideración el medio y la educación entre otros factores. Lo cierto es que la herencia juega un papel prominente en cada individuo, pero científicamente ha quedado comprobado que sólo se transmite por medio de ella una "tendencia hacia". Así, el medio, obra en forma importante en los retrasados mentales, sordomudos, alcohólicos etc. Una buena educación y en el medio apropiado logra modificar su conducta y su forma de ser.

Eliminar fríamente a dichos seres, es una injusticia que va en contra de los principios más elementales que guían a la eutanasia y que son precisamente la piedad y el que se obre en interés de una persona determinada que reúne ciertos requisitos, rebasando sus justos límites.

La eugenesia fue lo que sirvió de base a la bandera nazi, inspiradora de la célebre ley del 14 de julio de 1933 y del decreto del 1 de septiembre de 1939, a través de los cuáles Hitler exterminó mediante cámaras de gas e inyecciones de una buena dosis de morfina a personas que padecían deficiencias físicas o mentales, desde mongólicos hasta psicóticos, escleróticos y paralíticos, tratando de justificar la matanza bajo el término eutanasia, sin que al respecto hubiesen sido consultadas las personas afectadas, ni sus parientes, lo que en realidad constituye

un verdadero crimen. Dicho exterminio no fue motivado por interés de los exterminados sino por el interés de la raza superior.

Otro caso similar es el de los niños que nacen con el síndrome de Down (Mongolismo). Cuando estos niños al nacer presentan obstrucción intestinal, algunos padres acuerdan con los médicos no operar, lo que trae como consecuencia una muerte inmediata, no obrando en interés del niño sino en interés de ellos mismos, quienes vivirían angustiados por el que dirán, más que por una mayor responsabilidad, con un hijo deficiente. Más aún, cabe destacar que la calidad de vida no tiene relación directa con la integridad corporal, ya que los hombres más perfectos, no por ello son los más felices y las personas con alguna deficiencia pueden tener tantos deseos de vivir, como los demás

2.5.2. EUTANASIA ECONOMICA.

Este supuesto tiene una estrecha relación con el punto anterior, ya que quienes están en favor de esta postura, consideran que constituyen una verdadera carga para la sociedad y para el Estado, las personas con deficiencias físicas y mentales, así como los enfermos incurables, por lo que deberán ser eliminados. La idea de matar a los seres desprovistos de valor vital, tuvo gran auge dentro de los primeros años que siguieron a la Segunda Guerra Mundial, donde privó el principio romano de que la salud del pueblo es ley suprema. En ese sentido Hitler, sostenía que la sociedad no debería llevar la maldición de sostener a seres que habían dejado de ser un bien jurídico y que traían como consecuencia grandes pérdidas económicas para el Estado.

Gide Charles, por su parte decía que, todo hombre cuando nace trae consigo una boca y dos brazos, pero la primera empieza a funcionar inmediatamente en tanto que los segundos, tienen que pasar bastantes años, para que comiencen a

producir. De tal forma que en el orden natural de las cosas, llegará el día en que la producción sea superada en gran parte por el consumo, y no sea suficiente para satisfacer las necesidades de la población. Lo que ha generado que con base en esas teorías tan discutidas, se priven de la vida a multitud de bocas mal llamadas inútiles, con el pretexto de salvaguardar aquéllas que están dotadas de valor vital.

2.5.3. EUTANASIA POR COMPASION.

En la práctica de la eutanasia, no basta que se prive de la vida a una persona con el sólo argumento de que privó la piedad o la compasión como elemento, pues aún cuando se trate de un individuo que esté al borde de la muerte y su vida sea denigrante, ese hecho no faculta a ninguna persona para que lo mate, ya que nadie puede subrogarse el derecho y la potestad de valorar y decidir sobre la vida de los demás, más cuando el consentimiento de la víctima no ha sido externado.

Por otra parte, existen personas que a pesar de haber sufrido una minusvalía, la técnica médica les permite llevar una vida casi normal, de tal suerte que el hecho de que a un sujeto se le dé fin a su existencia en esas condiciones, constituye una conducta delictiva. Precisamente en el caso de las graves minusvalías, éstas no deben permitir al individuo lleve una vida digna, en el sentido, de que no le permita su realización como persona y pueda estar en aptitud de explotar sus potencialidades; no estando presentes estas condiciones la conducta no es eutanásica, además de que en la presente hipótesis dicha conducta no estaría motivada por el interés de la víctima.

CAPITULO III

ASPECTOS JURIDICOS DE LA EUTANASIA EN MEXICO.

3.1. LA EUTANASIA A LA LUZ DEL DERECHO PENAL MEXICANO.

Es importante conocer los diversos criterios y aportaciones doctrinales que se han emitido en torno a la eutanasia, en el Derecho Penal Mexicano.

3.1.1. OPINIÓN DE FRANCISCO GONZALEZ DE LA VEGA.

El ilustre maestro al tratar el tema de estudio señala, "Se reserva la denominación de eutanasia a aquellos crímenes caritativos en que una persona, ante los incesantes requerimientos de otra víctima de incurable y cruento mal, la priva de la vida piadosamente para hacer cesar sus estériles sufrimientos".⁴¹

Continúa señalando que, por lo que hace a la punibilidad, esta es variada y va desde la atenuación hasta la impunidad, no comulgando con ninguno de los extremos indicados, sino adoptando la opinión del Maestro Jiménez de Asúa, en el sentido de otorgar al juez de la causa, las más amplias facultades para que

⁴¹ GONZÁLEZ DE LA VEGA, Francisco. Derecho Penal mexicano. Edic. 26ª. Ed. Porrúa. México, 1993, p. 91.

según las circunstancias en que se haya practicado la eutanasia, pueda conceder al reo el perdón judicial.

Por otra parte, indica que para que un homicidio pueda ser considerado piadoso, se requieren los siguientes elementos:

- a) que el paciente reclame la muerte;
- b) Que el padecimiento sea cruento y doloroso;
- c) Que el padecimiento, traiga un desenlace necesariamente mortal.
- d) Que la muerte tenga como único propósito el abreviar el dolor y el sufrimiento.

Sin embargo, aclara que el consentimiento se puede ver afectado de errores y confusiones, en virtud de que ciertos pacientes sufren tránsitos que van desde la melancolía o angustia, hasta el hecho de aclamar la muerte por desesperación para finalmente aferrarse aún más a la vida. Hipótesis que no puede ser aceptada, en razón de que como lo señala, estas afecciones sólo pueden presentarse en cierto tipo de pacientes y no en la mayoría. Además de que efectivamente el consentimiento del paciente en caso de que no lo haya externado por escrito, mediante testamento, que sería la forma idónea a efecto de que estuviese certificado ante Notario y por lo menos ante dos testigos y la opinión de dos médicos si el caso lo amerita, esto es, según se trate de una persona sana ó con enfermedad incurable o con una grave minusvalía; es necesario que esa voluntad del paciente se realice en un periodo de lucidez en caso de no estar en uso de sus facultades mentales debiendo observar los mismos requisitos como si se tratase de un testamento, además de que se cumplan con todos los requisitos ya señalados en el capítulo anterior en materia de eutanasia. Aunado al hecho de que el paciente antes de que pueda aclamar la muerte piadosa deberá siempre estar debidamente informado con el mayor profesionalismo y no dar lugar a que cometa

TEJIS C'N
FALLA DE ORIGEN

error alguno al tomar su determinación en torno a la eutanasia, misma que siempre será respetada.

Por lo que se refiere al dolor, el distinguido Maestro, con todo respeto, confunde el concepto del dolor, con el hecho de que se trate de una enfermedad incurable, al señalar que los dolores más atroces no son signo de los males más gravísimos y ante ellos la medicina no está desarmada y en último caso es necesario combatir el dolor con la resignación, consolando al enfermo. Lo que realmente se aparta de la realidad, pues como ya se dijo con anterioridad, si bien la ciencia médica ha permitido aplicar terapias que ayudan a combatir el dolor y prolongar la vida del enfermo, las mismas son ineficaces para curar, y no necesariamente uno es consecuencia del otro, en el sentido de que puede suprimirse el dolor y no por ello también se combate la enfermedad.

En cuanto a la incurabilidad, que es uno de los conceptos más dudosos, explica que la muerte buena sería practicada sólo en aquellas personas que sufran de un mal agudo, manteniendo de manera acertada su duda sobre el diagnóstico. Lo que es aceptable en definitiva, ya que el diagnóstico y el pronóstico al ser función del médico, deberán ser informados al paciente con una dosis adecuada de conocimientos y quien practique este último debe hacerlo con el mayor índice de respuestas, no debiendo descartar en todo momento, que el diagnóstico puede no ser definitivo y por lo tanto, uno como el otro se ven acompañados del error y en caso de que este exista, el médico que diagnostica tiene la responsabilidad de darse cuenta en primerísimo lugar y remediarlo.

Anunciar la muerte para un futuro inmediato traería como consecuencia la desconfianza del paciente-médico, por lo que es recomendable anunciar siempre una gama de posibilidades cuya certeza dependerá de la evolución del paciente, lo que evitaría ver al médico en un momento dado como un

enemigo y sí verlo como un abogado del bienestar del enfermo, donde la cooperación de ambos en la toma de decisiones es radical.

Finalmente se muestra partidario de la eutanasia, diciendo que ante la posibilidad de errores en el conocimiento de las enfermedades incurables y la inseguridad de los pronósticos médicos, con el fin de evitar conductas que sin serlo se escuden bajo el nombre de eutanasia, se requiere que el Código Penal Mexicano conserve como delito dicha conducta, pudiendo atenuar la pena. Pero para dar solución a aquellos casos en los que en verdad existe certidumbre en el diagnóstico y pronóstico, la piedad en el fin y, en general cuando se reúnan todas la exigencias técnicas de el homicidio por piedad, es necesario se faculte ampliamente a los jueces para que otorguen el perdón judicial.

3.1.2. OPINIÓN DE FRANCISCO PAVON VASCONCELOS

El ilustre maestro, en su libro "Lecciones de Derecho Penal" al abordar el tema de homicidio consentido, sitúa a la eutanasia como una figura que queda subsumida en dicho ilícito. Así mismo, señala que aún cuando en la legislación mexicana no tiene regulación la muerte digna, merece tratamiento punitivo privilegiado precisamente dentro del homicidio consentido y como auxilio ejecutivo al suicidio, a que se refiere al artículo 312 del Código Penal para el Distrito Federal, otorgando plena importancia al móvil de piedad, con lo cual se logra advertir la poca importancia que se le ha dado en México al estudio de la eutanasia, pues las aportaciones que giran en torno de ella por los juristas mexicanos son pobres y escuetas, adoptando la mayoría conceptos inadecuados e imprecisos.

3.1.3. OPINIÓN DE IGNACIO VILLALOBOS

El distinguido jurista comienza por definir la eutanasia, término que considera se le ha dado demasiada extensión y atiende directamente a sus raíces significándola como una buena muerte sin dolor ni sufrimientos, con anuencia del occiso, misma que es aplicada para evitar penas, dolor o un estado de miseria.

Es importante destacar que de manera acertada, señala que la eutanasia ha llegado a compararse con el infanticidio, el suicidio, el aborto, la eugenesia (asesinato de inútiles y defectuosos) y que en realidad son situaciones distintas que no tienen que ver nada con el motivo de piedad y dulzura para la víctima.

Asimismo, indica que una buena muerte puede ser aceptable siempre que no se vea acompañada de una privación deliberada que como consecuencia acelere o anticipe la muerte de la víctima, lo que sería un homicidio; quedando excluidos por supuesto aquellos casos en los que se actúa por motivos económicos y sociales.

El único caso que merece especial consideración es el que parte de la existencia de un mal angustioso e irremediable al que el amor y la piedad mueve a poner fin. "No se puede negar que el problema permite imaginar las condiciones de más agudo tormento y de mayor desesperanza, ni se puede juzgar con superficialidad el impulso auténticamente humano y generoso con que los sentimientos más nobles pueden aconsejar soluciones heroicas y desesperadas; pero si se ha dicho que los delitos no se justifican por el fin o el móvil de quien los ejecuta y que el consentimiento de la víctima no excluye la antijuricidad del acto, podrá llegarse hasta convenir en un perdón o en una excusa en casos extremos, pero la ley no puede abandonar una materia como la vida humana al criterio ni a los sentimientos de cada particular que crea oportuno poner fin a los días de sus semejantes".⁴² En ese sentido, el legislador deberá optar por la reprobación general

⁴² VILLALOBOS, Ignacio. Ob. Cit., p. 500.

del homicidio y evitar que el orden público y la seguridad queden en manos de los ciudadanos debiendo regular las penas según las circunstancias particulares de cada caso. Así, aún cuando el Código Penal para el Distrito Federal establezca una sanción de 4 a 12 años para el homicidio consentido también es digno de notar que el hecho de ejecutar la muerte puede traer consigo agravantes o atenuantes y en el homicidio a ruego de la víctima no pueden ser descartadas la premeditación y el engaño caso en el que la pena antes mencionada aumentaría, lo que sería totalmente contrario si se priva de la vida a una persona cuyos requisitos que conforman a la muerte digna están presentes, de tal forma que aquí inclusive una pena mínima de 4 años resultaría excesiva y porque no cualquier otra.

3.1.4. OPINIÓN DE MARIANO JIMENEZ HUERTA.

Por su parte, Don Mariano Jiménez Huerta en su Libro de Derecho Penal Parte Especial, aborda el problema empezando por el motivo, esto es, si es lícito matar por piedad, a lo que da respuesta diciendo que la importancia de los motivos en el homicidio ocupa en la actualidad un segundo plano, pues las teorías al respecto carecen de sentido jurídico.

En el estudio del homicidio piadoso o eutanásico como él le llama parte de dos direcciones la maximalista y minimalista, la primera de ellas cuyos representantes son Carlos Vinding y Hocken, divide a las personas en tres grupos:

- 1.- Enfermos con vida meramente vegetativa.
- 2.- Enfermos en estado de inconciencia.
- 3.- Enfermos de un mal incurable, siendo imposible recuperar la salud, caso de los paralíticos y los leprosos.

Personas que de estar a favor de la eutanasia no sería razonable imponerles algún obstáculo para suprimir sus vidas.

Esta teoría tuvo una gran importancia, de tal manera que se le llegó a dar validez jurídica, sometiendo los casos a juicio del juzgador en los Tribunales, aún cuando para Don Mariano sea un absurdo. Sin embargo, llegó el momento en que dicha teoría dejó de tener validez jurídica, quizá por una parte porque los postulados de Vinding y Hocken no eran bastos en cuanto a sus argumentos y estructuración tanto jurídica como filosófica, pues si bien señalan aquellos casos en que sería permitida la eutanasia, jamás dieron una connotación amplia y precisa del término, de tal forma que fuese imposible que alguna otra hipótesis encuadrara en la muerte digna lo que en realidad ha venido siendo el problema hasta hoy en día.

Para Vinding, privar de la vida a una persona en esas circunstancias estando al borde de la muerte, era una acción justificada, ya que significaba un medio de cura o ayuda al enfermo, situación que ha sido compartida por varios juristas y escuelas como la Francesa. Ideas que no comulgan con el pensamiento respetable de Jiménez Huerta para el que es un acto inconcebible y, para quien la tesis sobre la incurabilidad o curabilidad y el error en el diagnóstico constituye un verdadero freno en la legalización de la eutanasia, lo que ha quedado ampliamente explicado con bases sólidas y fundamentos que han superado en mucho la barrera de una teoría, en la que las posibilidades no son razón suficiente para oponerse a la validez jurídica de la eutanasia.

La dirección minimalista expresa que sólo será válido el homicidio eutanásico si existe el consentimiento de la víctima, esto es, su solicitud a otra persona para que la mate. Sin duda el consentimiento es de vital importancia, lo que no tiene ninguna validez para Don Mariano, quien dice que puede estar viciado al no tener conocimiento de causa, al no ser espontáneo ni libre en razón del dolor irremediable que sufre lo que no da lugar a la legitimación del homicidio. Por una parte, tiene razón en el sentido de que el consentimiento por sí sólo no excluye el delito, en cambio, por lo que se refiere al hecho de no ser un consentimiento informado y espontáneo va en contra de las propias reglas bajo las cuales debe ser

legalizada la eutanasia y, cualquier situación que se genere de esa forma deberá ser sancionada, pues no se trataría de una muerte digna sino de un homicidio que incluso podría llegar a ser calificado y por ende con una pena mucho mayor que la del homicidio simple.

Por otra parte, no se debe soslayar que en el tema de estudio siempre se ha manejado que el consentimiento deberá ser informado y es papel del Médico que nunca diagnostique una enfermedad como incurable, ya que siempre dependerá de ciertas circunstancias en el paciente las que de actualizarse llevarían a confirmar el pronóstico el que en ningún momento deberá anunciarse como definitivo.

Concluye, al realizar una lista de aquellos casos que fueron considerados como eutanásicos, con motivo de los crímenes en masa en la Alemania Nazi catalogándolos en cuatro grupos:

1.- Cuando se ayuda a morir partiendo de un sentido etimológico. Donde considera que la ayuda médica en ese sentido es legítima; sin embargo, resulta interesante que esté a favor de la ayuda a morir cuando la eutanasia supera en mucho y en forma justificada esta ayuda que no en todo momento puede ser legal, más aún que sería necesario definir la ayuda a morir.

2.- Cuando el médico se anticipa por un corto tiempo a la llegada de la muerte. Aquí, Jiménez Huerta considera que no hay responsabilidad penal, por lo que su oposición a la eutanasia a través de su análisis ha ido perdiendo fuerza y en el fondo quizá está a su favor.

3.- Cuando el médico priva la vida de manera fulminante al enfermo, como si le diese una dosis de cianuro. Para el Doctor esta conducta no puede estar legitimada por virtud de la misión del médico que es curar.

4.- Cuando a un grupo de personas se les priva de la vida en forma conjunta por considerar que no son dignas de vivir. Donde sería ilógico aprobar esta hipótesis, ya que un requisito importantísimo de la eutanasia es que se obre en interés de las víctimas.

3.2. ENCUADRAMIENTO DE LA EUTANASIA DENTRO DEL CÓDIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL.

El Código Penal para el Distrito Federal en su Título Decimonoveno, que trata sobre los "delitos contra la vida y la integridad corporal", tipifica como tales a diversas conductas, sin que expresamente y de manera específica se refiera a la eutanasia, en ese sentido, al juzgar un acto eutanásico en semejanza a los delitos previstos en ese capítulo, de acuerdo con el artículo 52 de dicho ordenamiento legal, para la determinación de la magnitud de la pena no se tomaría en cuenta íntegramente las circunstancias propias de la muerte digna, por virtud de que en el Derecho Penal Mexicano y porque no en el Derecho Penal a nivel Internacional, no se han sentado bases claras y precisas sobre las cuales pueda considerarse a una conducta como eutanásica, de tal forma que una circunstancia podría ser el móvil de piedad o bien el consentimiento, pero no así el tipo y avance de la enfermedad del sujeto al que se le aplica la eutanasia, que el motivo de piedad lo es en consideración a esa persona y, que la petición sea reiterada, seria y expresa entre otros requisitos, con los que sin duda alguna los jueces determinarían en sus sentencias la no existencia de delito alguno y proclamar en todo momento la total impunidad para los verdaderos casos eutanásicos, sin vacilaciones ni temores por falta de un estudio jurídico concienzudo al respecto y no como algunos autores mexicanos y extranjeros que con todo respeto cumplen con una gran aportación en esa materia, opinan se faculte al juez de la causa para que a posteriori perdone al "culpable", que de acuerdo a las exigencias y elementos que deben formar parte del concepto de eutanasia, lo fue de

ningún delito, reduciendo dicha facultad a casos concretos que además de no especificarlos los dejan a entero arbitrio del juzgador, pudiendo con esa práctica generar verdaderas injusticias.

Ahora bien, toda vez que la muerte digna implica necesariamente la muerte de una persona, esto es la privación de la vida y en razón de que la misma no se encuentra regulada en el Código Penal para el Distrito Federal ni en ninguna otra ley, al actualizarse en la vida práctica un acto eutanásico este podría ser juzgado en semejanza a algunas figuras tipificadas como delito, cuyo estudio se hace imprescindible a fin de valorar las circunstancias propias de cada conducta delictiva y su diferencia con la eutanasia.

Asimismo y antes de entrar al análisis de aquellos preceptos que podrían aplicarse a la eutanasia, cabe advertir que si bien la ley penal, protege la vida de las personas como bien jurídico y aún más como bien en sí mismo, sin atender a ciertos niveles de calidad, también es cierto que la vida sólo es un bien cuando la misma es digna y no así cuando se está convirtiendo en un medio para la existencia biológica.

3.2.1. HOMICIDIO SIMPLE.

En el derecho moderno el delito de homicidio consiste en la privación antijurídica de la vida de un ser humano, cualquiera que sea su edad, sexo o condición social.

En ese sentido, el Código Penal para el Distrito Federal en su artículo 302 establece: "Comete el delito de homicidio el que priva de la vida a otro", nos da un elemento material consistente en privar de la vida a un hombre, esto es, contiene un elemento lógico necesario para su existencia, a saber: una vida humana

previamente existente. Asimismo, se requiere exista un elemento moral, que la supresión se deba a intencionalidad (dolo) o imprudencia delictiva (culpa).

El Código Penal en el supuesto del homicidio simple intencional establece una pena de 8 a 20 años de prisión (art. 307) al responsable de dicho ilícito, con excepción del homicidio cometido en riña y el que se comete en duelo, en que se aplicará en el caso del primero una pena de 4 a 12 años de prisión y en el segundo de 2 a 8 años de prisión a su autor (art. 308).

3.2.2. HOMICIDIO CONSENTIDO.

El Código Penal Mexicano en su artículo 312 última parte, al referirse al auxilio ejecutivo al suicidio, está haciendo alusión a la figura del homicidio consentido, es decir, a la petición de una ayuda al suicidio y al hecho de que ésta se extienda hasta el extremo de quitar la vida al que así lo desea.

Artículo 312 "El que prestare auxilio o indujere a otro para que se suicide será castigado con la pena de 1 a 5 años de prisión, si se lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte la prisión será de 4 a 12 años".

Como se podrá advertir, el homicidio consentido es una figura delictiva en la que se ha pretendido encuadrar la eutanasia pero, si bien es cierto, en ambas figuras priva el consentimiento de la víctima, también es que la eutanasia no encuentra justificante únicamente en el consentimiento sino en otros motivos: como el de piedad, que se obre en interés de la víctima y que esta sea presa de una enfermedad incurable en fase terminal o de una grave minusvalía, entre otros; de tal manera que ante la falta de uno sólo de ellos no estaremos ante la muerte digna.

3.2.3. AUXILIO E INDUCCIÓN AL SUICIDIO.

"El auxilio y la inducción al suicidio no pueden ser estimados como fenómenos de participación en el delito de homicidio, sino como delitos especiales (autónomos), puesto que, cuando una persona se priva voluntariamente de la vida, independientemente de que terceros hayan participado en los actos preliminares, no existen las constitutivas del homicidio. Siguiendo a Cuello Calón, podemos decir que inducir al suicidio significa tanto como excitar, instigar a él, debiendo ser la inducción suficientemente directa. Prestar auxilio para el suicidio equivale a proporcionar (armas, venenos, etc.) o cualquier otro género de cooperación, por ejemplo, auxilio de carácter moral, como indicaciones acerca del modo de ejecutarlo, de servirse del arma, etc. La simple pasividad ante un intento de suicidio no puede tomarse como forma de auxilio, porque según Pacheco, prestar auxilio es algo más que ese silencio que esa omisión; eso es abstenerse, eso es no hacer nada y quien nada hace, quien se abstiene, no presta auxilio a ningún intento. Moralmente no obrará bien, legalmente no podrá castigársele. "Nulla Poena Sine Crimen" y "Nullum Crimen Sine Lege" son los postulados del Derecho Penal".⁴³

3.2.4. HOMICIDIO CALIFICADO.

De acuerdo con la legislación penal mexicana, el homicidio calificado es aquél en el que aparece uno de los siguientes elementos: premeditación, alevosía, ventaja o traición. (arts. 315-320). Hay premeditación cuando el reo cause intencionalmente la muerte, después de haber reflexionado sobre el delito que va a cometer (art. 315). La alevosía consiste en sorprender intencionalmente a alguien, de improviso o empleando asechanza u otro medio que no dé lugar a defenderse ni evitar el mal que se le quiera hacer (art. 318). Se entiende que hay ventaja: I.- Cuando el delincuente es superior en fuerza física al ofendido y éste no se haya armado; II.-

⁴³ TORO NIETO, Vicente. Ob. Cit., p.16.

Cuando es superior por las armas que emplea, por su mayor destreza en el manejo de ellas o por el número de los que lo acompañan; III.- Cuando éste se vale de algún medio que debilita la defensa del ofendido; IV.- Cuando éste se haya inerme o caído y aquél armado o de pie (art. 316). Por su parte obra a traición el que no solamente emplea la alevosía sino también la perfidia, violando la fe o seguridad que expresamente había prometido a su víctima o la tácita que ésta debía prometerse de aquél por sus relaciones de parentesco, gratitud, amistad o cualquiera otra que inspira confianza (art. 319). Cabe señalar que al autor del homicidio calificado se le impondrá una pena de 20 a 50 años de prisión (art.320)

Es importante destacar, que definitivamente el homicida que pueda resultar del acto de eutanasia, no pueda equipararse con el homicida que priva de la vida a otro con premeditación o cualquier otra agravante, por lo que es necesario legislar para excluir del tipo de homicidio el acto de eutanasia.

3.3. DIFERENCIA ENTRE EUTANASIA, HOMICIDIO Y SUICIDIO.

Es necesario establecer una seria diferencia entre estas tres figuras atendiendo a los elementos propios de cada una, ya que a pesar de ser diferentes tienen una gran relación que pudiese llegar a producir confusiones en la práctica de alguna de ellas, por ello se hace indispensable saber cuando se está ante un homicidio, un suicidio o ante la eutanasia.

El homicidio prácticamente radica en la privación de la vida que hace una persona a otra, esto es, consiste en la privación antijurídica de la vida de un ser humano, cualquiera que sea su edad, sexo o condición social, etc. De tal manera que la eutanasia al traer como consecuencia la privación de "la vida" podría considerarse homicidio y por tanto ser penada, razón por la cual se hace indispensable legalizar la eutanasia y excluirla del tipo penal de homicidio.

Por su parte, el suicidio es la acción por medio de la cual un sujeto se priva de su propia vida, se trata de aquella muerte que es voluntaria y conscientemente provocada por la propia persona. Son múltiples las causas que dan origen al suicidio van desde un simple desequilibrio producido por un trastorno nervioso, psíquico o mental, hasta aquél que proviene de razones patológicas somáticas como la adquisición de enfermedades incurables, esta última causa pudiera tener alguna semejanza con los motivos de la eutanasia, sin embargo, en el suicidio la muerte se puede producir en cualquier momento de la enfermedad y en la eutanasia se exige se produzca dentro de su fase terminal. Asimismo es menester señalar que aún, cuando el suicidio es un acto reprobable, en el caso de aquellos pacientes que exigen se les aplique la muerte digna (ante la falta de su legalización y una muerte inevitable llena de sufrimientos) obliga a que se quiten la vida por sí mismos siendo así, el suicidio racional, no sólo permisible, sino, en ciertas circunstancias un acto loable, amén de que el mismo no es considerado como hecho delictuoso.

En cambio cuando se habla de eutanasia, se hace referencia a lo injusto de permitir una existencia indigna o prolongar una agonía cruenta y dolorosa que desemboca irremisiblemente a la muerte.

Se puede entender por eutanasia: La acción u omisión que realizan una o más persona (sujeto activo) motivadas por un sentido de piedad o humanitario, en consideración a otra persona (sujeto pasivo) que lo solicita en pleno uso de sus facultades mentales, debido a los graves sufrimientos que le genera su enfermedad irreversible en fase terminal o su grave minusvalía, que de forma directa o indirecta provocan su muerte sin sufrimientos.

3.4. BREVES CONSIDERACIONES SOBRE TEORIA DEL DELITO.

"La palabra delito deriva del verbo latino "delinquere", que significa abandonar, apartarse del buen camino, alejarse del sendero señalado por la ley".⁴⁴

Existen diversas definiciones de delito, sin embargo, no puede existir una con carácter universal, ya que cada una debe atender a las necesidades de cada pueblo y a cada época.

El padre de la Escuela Clásica del Derecho Penal, Francisco Carrara, define al delito como "la infracción de la ley del Estado promulgada para proteger la seguridad de los ciudadanos, resultante de un acto externo del hombre, positivo o negativo, moralmente imputable y políticamente dañoso".⁴⁵

Rafael Garófalo, el sabio jurista de la Escuela Positiva, define al delito como un fenómeno natural que se debe a factores hereditarios, físicos y sociológicos, es decir, lo concibe como la violación de los sentimientos altruistas de probidad y de piedad, en la medida media (mínima) indispensable para la adaptación del individuo a la colectividad".⁴⁶

Ahora bien, atendiendo a una definición jurídica, el artículo 7o. del Código Penal para el Distrito Federal establece en su primer párrafo: "Delito es el acto u omisión que sancionan las leyes penales".

Por su parte, Edmundo Mezger expresa que delito es la acción típica, antijurídica y culpable.

⁴⁴ CASTELLANOS TENA, Fernando. *Lineamientos elementales de Derecho Penal*. Edic. 30ª. Ed. Porrúa. México, 1991, p. 125.

⁴⁵ *Ibidem*, p. 59.

⁴⁶ *Ibidem*, p. 126.

El Maestro Luis Jiménez de Asúa, dice "delito es el acto típicamente antijurídico culpable, sometido a veces a condiciones objetivas de penalidad, imputable a un hombre sometido a una sanción penal".⁴⁷

3.4.1. ELEMENTOS DEL DELITO.

Tomando como base las dos últimas definiciones anteriores, de acuerdo con Mezger el delito tiene cuatro elementos, a saber:

1.- Acción (conducta).

2.- Tipicidad.

3.- Antijuridicidad.

4.- Culpabilidad.

Siguiendo al ilustre Maestro Jiménez de Asúa, son siete los elementos:

1.- Acción.

2.- Tipicidad.

3.- Antijuridicidad.

4.- Imputabilidad.

5.- Culpabilidad.

⁴⁷ Ibidem. p. 130.

6.- Punibilidad.

7.- Condiciones objetivas de punibilidad.

3.4.2. ASPECTOS DEL DELITO.

Los aspectos del delito se dividen en positivos y en negativos.

A) ASPECTOS POSITIVOS.

a) Acción

b) Tipicidad.

c) Antijuridicidad.

d) Imputabilidad.

e) Culpabilidad.

f) Punibilidad.

g) Condiciones objetivas de punibilidad. Falta de condiciones objetivas.

B) ASPECTOS NEGATIVOS.

Falta de acción.

Ausencia de tipo.

Causas de justificación

Causas de inimputabilidad.

Inculpabilidad.

Excusas absolutorias.

CONDUCTA.- Es el comportamiento del individuo que se externa de manera voluntaria, positivo o negativo y se dirige a un propósito.

A) FORMAS EN QUE SE PRESENTA.- Se presenta como conducta activa o pasiva, esto es, de omisión.

La conducta activa, se define como aquella en que se requiere un movimiento por parte del sujeto activo, este tipo de conducta contiene tres elementos: movimiento, resultado y relación de causalidad.

La conducta pasiva se clasifica en:

1.- Delitos de omisión simple.- Para la configuración de estos delitos basta la inactividad del sujeto activo. Sus elementos son: voluntad del agente e inactividad.

2.- Delitos de comisión por omisión.- Son aquellos en que se produce un resultado como consecuencia de la inactividad ya mencionada. Sus elementos: inactividad, voluntad para producirla y resultado obligado.

AUSENCIA DE CONDUCTA.- Es la carencia del actuar voluntario positivo o negativo encaminado a un propósito.

Cuando éste se presenta, origina la inexistencia del delito. Esa carencia puede presentarse por tres causas:

- 1.- Por fuerza mayor.
- 2.- Por fuerza física superior e irresistible.
- 3.- Por movimientos reflejos.

Los autores no se han puesto de acuerdo respecto al sueño, sonambulismo e hipnotismo, pero es indudable que cuando se presenta alguno de estos fenómenos se impide la configuración del delito, sin embargo, en este punto las opiniones se dividen en dos grupos, es decir, los autores que consideran que estos tres casos son causa de ausencia de conducta y los que consideran son causa de inimputabilidad.

TIPICIDAD.- Es la adecuación de la conducta al tipo penal. Debiéndose entender por tipo, la descripción legislativa de un delito.

ATIPICIDAD.- Es la falta de adecuación de la conducta al tipo penal. Sus causas son:

1.- Falta de calidad en los sujetos activo o pasivo exigidas por el tipo penal.

2.- Falta de objeto material o jurídico.

3.- Falta de referencias temporales y espaciales.

4.- Falta de elementos subjetivos del injusto.

5.- Falta de antijuridicidad especial.

6.- Falta de señalar los medios específicos por los que se pueda dar el injusto.

ANTI JURIDICIDAD.- Aquello que es contrario a derecho.

AUSENCIA DE ANTI JURIDICIDAD.- Puede presentarse el hecho de que una conducta sea aparentemente antijurídica y no lo sea por mediar alguna causa de

justificación. Luego entonces, las causas de justificación constituyen el elemento negativo de la antijuridicidad. Entre las causas de justificación se encuentran:

- 1.- La legítima defensa.
- 2.- El estado de necesidad.
- 3.- El ejercicio de un derecho.
- 4.- El cumplimiento de un deber.
- 5.- La obediencia jerárquica.
- 6.- El impedimento legítimo.

IMPUTABILIDAD.- Es la capacidad que tiene un sujeto de querer y entender. Querer es estar en condición de aceptar o realizar algo voluntariamente y entender es tener la capacidad mental para desplegar esa decisión. Es un presupuesto necesario de la culpabilidad.

INIMPUTABILIDAD.- Es la incapacidad de querer y entender en el campo del Derecho Penal. Por ejemplo: un idiota, un imbécil. Entre las causas de inimputabilidad se encuentran:

- 1.- **El miedo grave.-** Aquella circunstancia interna subjetiva en que el individuo se encuentra marginado por las mismas para actuar razonablemente, es una situación subjetiva que lo obliga a actuar de manera distinta a condiciones normales.

2.- El temor fundado.- Son circunstancias subjetivas ciertas que obligan al individuo a actuar de determinada manera, Verbigracia, la acción o la omisión que se realicen en cumplimiento de un deber jurídico o en ejercicio de un derecho (Art. 15, fr. VI, del Código Penal para el Distrito Federal).

3.- Acciones libres en su causa.- Son conductas que se presentan en forma inimputable por propia voluntad del activo.

CULPABILIDAD.- Es el nexo intelectual y emocional que une al sujeto con su acto atendiendo a la teoría normativista, la culpabilidad se fundamenta por la violación de las normas, por la alteración del mundo normativo sin que intervenga para nada el intelecto del sujeto responsable. Dichas alteraciones pueden ser dolosas o culposas.

INCULPABILIDAD.- Es la falta del nexo intelectual y emocional que une al sujeto con su acto. Se puede presentar por tres causas:

1.- Error esencial de hecho e invencible.- Lo que da lugar a las eximentes putativas, esto es, el sujeto cree actuar bajo la protección de una causa de justificación y lo que tiene es una falsa apreciación de la realidad.

Existen dos tipos de errores:

1.- Error de derecho.- Cuando el sujeto desconoce la existencia de la norma. Es irrelevante.

2.- Error de hecho.- Se tiene un desconocimiento de la realidad, se subdivide a su vez en: error accidental y error esencial.

Respecto al error accidental puede ser de tres tipos: en el golpe, en la persona y en el delito; el error esencial se presenta cuando la gente desconoce en esencia y fundamento la realidad.

II.- No exigibilidad de otra conducta.- Es una circunstancia por la cual al agente no se le puede obligar a un comportamiento heroico o contrario a la naturaleza de los humanos.

III.- Temor fundado.- Aquella circunstancia objetiva que obliga al agente a actuar de manera distinta a la que señala se deseó, en virtud de sufrir un daño propio o ajeno, se afecta el aspecto intelectual.

PUNIBILIDAD.- Es el merecimiento de una pena en función o por razón de la comisión de una conducta.

EXCUSAS ABSOLUTORIAS.- Son el aspecto negativo de la punibilidad a saber:

1.- Excusas en razón de la mínima temibilidad (Art.375 del Código Penal para el Distrito Federal).

2.- Excusas en razón de la maternidad consciente (Art. 333 del Código Penal para el Distrito Federal).

CONDICIONES OBJETIVAS DE PUNIBILIDAD.- Son exigencias ocasionalmente establecidas por el legislador para que la pena tenga aplicación, se denominan también delitos con penalidad condicionada, no deben confundirse con los requisitos de procedimiento como la querrela, la eliminación del fuero y el oficio.

Tienen una doble concepción:

a) Si están en el tipo son caracteres descriptivos.

b) Si no están en el tipo son requisitos ocasionales.

3.5. ANALISIS JURÍDICO DE LA EUTANASIA.

Toda vez que ha quedado establecido el concepto de eutanasia, merece especial atención el análisis jurídico de la misma, tomando como base cada una de las características que la integran.

3.5.1. EL MOVIL DE PIEDAD EN LA EUTANASIA.

La eutanasia se caracteriza por estar impulsada por un móvil específico, el de piedad, con la finalidad de evitar una agonía innecesaria a la víctima y sufrimientos tormentosos y agudos; el sujeto activo decide "matar" ante el cuadro doloroso que vive una persona que padece una enfermedad incurable en fase terminal o una grave minusvalía que daría lugar únicamente a una existencia dramática. A diferencia del homicidio en que el activo experimenta generalmente vivencias de odio, de venganza, etc., hacia la víctima, en la eutanasia se presenta además una irrupción del dolo homicida, esto es, previamente existe un acercamiento y conmiseración por la persona enferma o con grave minusvalía que ante la súplica reiterada de que se le prive "la vida" surge la idea de "matar" como un camino alternativo, por tanto al actuar en atención a la víctima y en su interés, no hay acción homicida, ni dolo, sino una acción eutanásica que no debe ser punible.

En la eutanasia el móvil de piedad es el elemento subjetivo o anímico esencial, distinto del dolo y el que mata en tales circunstancias debe sentir dolor moral ante el sufrimiento activo y vivir un estado afectivo de conmoción; en cambio un ánimo frío, sereno propio del verdadero homicida es incompatible con la muerte digna. Además, en la eutanasia la víctima sufre intensamente a

consecuencia de una enfermedad incurable o grave minusvalía, en el homicidio no se exige una calidad específica en los sujetos, es decir, no es necesario que el sujeto pasivo sea un enfermo o un minusválido.

3.5.2. SUJETOS QUE INTERVIENEN EN LA EUTANASIA.

Las personas que pueden intervenir en la eutanasia son precisamente el sujeto pasivo sobre el que recae la acción eutanásica y el sujeto activo que debe ser el médico que conozca la situación del enfermo y los más allegados por lazos de consanguinidad, afinidad o afecto, cuya actuación será esencial en aquellos casos de pérdida irreversible de la conciencia, donde el sujeto pasivo es incapaz de consentir la privación de su vida. En ese sentido, cada uno de los sujetos debe tener calidades específicas, mismas que se enuncian a continuación:

A) Calidades en el sujeto activo.- El médico y demás personal de asistencia sanitaria que se encarguen de aplicar la eutanasia deberán actuar impulsados por un motivo de piedad y en atención a la víctima que sufre intensamente a consecuencia de una enfermedad incurable en fase terminal o grave minusvalía. En el homicidio puede ser cualquier persona.

B) Calidades en el sujeto pasivo.- Se debe tratar de una persona que sea víctima de una enfermedad incurable en fase terminal o grave minusvalía que le traiga consigo una existencia dramática. En el homicidio no importa quien sea, aún siendo un condenado a muerte.

3.5.3. LA CONDUCTA EN LA EUTANASIA.

La forma en que se puede presentar la conducta es por acción u omisión. En el primer caso se trata de la eutanasia activa directa o propiamente dicha y en el

segundo caso de eutanasia denominada por omisión, se trata de la eutanasia pasiva.

3.5.4. LA IMPORTANCIA DEL CONSENTIMIENTO EN LA EUTANASIA.

En términos generales se entiende por consentimiento la aprobación que otorga una persona a otra, para realizar una conducta sobre un bien jurídico del que es titular.

Cabe señalar que un importante sector de la doctrina es partidario de dar relevancia al consentimiento, ya como excluyente de la tipicidad; causa de justificación y en el último de los casos como atenuante de la pena, respecto de lo cual se han elaborado diversos trabajos, no siendo materia del presente estudio.

En ese sentido, se dará la relevancia necesaria al consentimiento en la eutanasia como uno de sus elementos indispensables, con una serie de requisitos propios y sin los cuales no sería válido; de tal manera que la persona víctima de una enfermedad incurable en su fase terminal o grave minusvalía debe manifestar su consentimiento de forma voluntaria, expresa, actual e informada.

Requisitos del consentimiento:

1.- Voluntario.- "La voluntad como requisito del consentimiento no sólo debe entenderse como libertad para decidir sobre la disponibilidad de la vida, sino también la voluntad de morir del sujeto pasivo, en otras palabras significa: querer morir..."⁴⁸ Debiendo quedar excluidos todos los supuestos de eutanasia involuntaria.

⁴⁸ DÍAZ ARANDA, Enrique. *Del Suicidio a la Eutanasia*. Ed. Cárdenas. México, 1998, p. 236.

2.- Expreso.- El sujeto debe manifestar su voluntad de morir, a través de la palabra hablada o escrita y en general mediante cualquier medio, siempre que se externé dicha voluntad de forma inequívoca.

3.- Actual.- El sujeto pasivo debe expresar su consentimiento en el momento que el activo lo vaya a privar de la vida. De ahí que cuando la voluntad se halla externado por medio de testamento, la misma se tendrá como actual siempre que no exista revocación alguna al respecto, pues siempre será respetada la decisión del pasivo.

4.- Informado.- Todo tratamiento médico en los niveles al menos más graves del paciente debe estar acompañado por el consentimiento del mismo, el que deberá ser informado con el mejor profesionalismo y de acuerdo con la forma de ser y de pensar del propio paciente. De esta forma la incurabilidad debe comunicarse al paciente con la dosis adecuada de conocimientos; el pronóstico deberá ser anunciado y formulado con todas las posibles respuestas, pues el médico no debe olvidar que de su explicación depende la calma tras la tormenta y no se deambulará tras soluciones en curanderos o charlatanes lo que permite ver al médico no como un enemigo sino como un abogado del bienestar del enfermo, más aún que la cooperación de ambos en la toma de decisiones es radical.

“Estructurando todo lo anterior podemos decir que el enfermo terminal o con graves minusvalías deberá ser informado por su médico de forma completa y comprensible sobre: su proceso, diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamientos incluidos, los derechos que tiene el sistema sanitario y los servicios a los que puede acceder. Y si después de haberse sometido a las acciones de rehabilitación funcional y de reinserción social diseñadas por las administraciones sanitarias, como pueden ser las Unidades de Cuidados Paliativos, decide que quiere morir entonces y sólo entonces el Estado habrá cumplido con su obligación de velar por la salud de ese ciudadano, pero al mismo tiempo deberá reconocer su

fracaso y no violar el derecho del paciente a la dignidad humana, respetando su personalidad manifestada en su decisión de morir".⁴⁹

3.5.6. EL CONSENTIMIENTO PRESUNTO, Y LA EUTANASIA COMO UN ESTADO DE NECESIDAD.

El consentimiento se convierte en jurídicamente irrelevante en el caso de las personas que, sin estar muertas cerebralmente se encuentran en un estado de coma irreversible, sin ninguna posibilidad de recobrar la conciencia; sin embargo, no por ello se va a tomar una decisión autónoma o arbitraria para lo cual pueden existir múltiples soluciones, una de ellas es que el paciente hubiese dejado claramente establecida su voluntad por anticipado, ya mediante su testamento o una carta notariada, de lo contrario se tendría que atender a la teoría de los medios proporcionados o desproporcionados (que ya quedó debidamente explicada en el capítulo anterior), Donde se hace indispensable la determinación conjunta del médico y familiares del paciente, amigos o personas más allegadas a efecto de saber cual hubiese sido la voluntad del enfermo (consentimiento presunto) atendiendo a su forma de ser, costumbres, etc., o bien saber si en vida realizó alguna manifestación al respecto y sólo después de un estudio serio si existe un alto grado de certeza sobre la voluntad del enfermo de poner fin a su vida, en esos casos se aplicará la eutanasia, con excepción de aquellos en que el paciente habiendo entrado en un proceso irreversible de pérdida de la conciencia, el médico decide aplicar los instrumentos de asistencia intensiva a un paciente con pronóstico de que el ingreso en una unidad de cuidados intensivos si puede restablecer la conciencia y la salud, ya que la finalidad es la de devolver la vida y la conciencia a una persona y no la de perpetuarla en la inconciencia, supuesto en el que podría decirse el médico actúa amparado por una causa de justificación "el estado de necesidad", atendiendo a dichas circunstancias y al hecho de que la existencia de

⁴⁹ *Ibidem*, pp. 292-293.

medios escasos en los hospitales hacen necesaria su disponibilidad para su pronta utilización cuando sean requeridos.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

CAPITULO IV

LA EUTANASIA DESDE EL PUNTO DE VISTA MÉDICO LEGAL.

4.1. CONCEPTO DE MEDICINA LEGAL.

La medicina legal, es la técnica mediante la cual se aprovecha el estudio de las distintas ramas de la medicina y ciencias conexas, en su aplicación para la solución de casos concretos relacionados generalmente con cuestiones legales.

4.2. RAMAS DE LA MEDICINA LEGAL.

Tanatología.- Es aquella que se encarga del estudio de la muerte, esto es del cese definitivo de las funciones vitales del organismo, incluyendo la necropsia.

Traumatología.- Trata o abarca el estudio de las lesiones, su clasificación, consecuencias y deformidades.

Asfixiología.- Es la rama que trata de las asfixias. A=sin, fixis=pulso, sin pulso. Se traduce en la incapacidad de poder llevar a cabo la respiración.

Sexología.- Es la rama de la medicina forense que estudia lo relacionado con los delitos sexuales.

Obstetricia.- Trata todo lo relacionado con el embarazo y su desenlace.

Toxicología.- Se encarga del estudio de las intoxicaciones y los envenenamientos.

Medicina Social.- Se refiere a los accidentes de trabajo y a las enfermedades profesionales.

Patología.- De pato= enfermedad. Estudio de las enfermedades que se hace tanto macro como microscópico para magnificar la imagen de los tejidos.

Psiquiatría.- Rama que se enfoca a determinar el estado psíquico. Verbigracia, el estado de ebriedad.

Deontología.- Se encarga del estudio de las normas morales que deben ser respetadas en el ejercicio de una profesión, se traduce en la explicación de los principios morales y éticos en el ejercicio de una profesión.

Odontología.- Es aquella rama de la medicina forense que nos permite identificar a un sujeto, a través de las piezas dentales de un cadáver.

4.3. ENFERMEDADES EN FASE TERMINAL.

Desde la creación de las unidades de cuidados paliativos de enfermos terminales se está viendo un cambio en el enfoque de estos enfermos, ya que permite infundir tanto al paciente como a los familiares una aportación de confort y serenidad. Es por ello que merece importancia el determinar cuando se está frente a un enfermo

terminal, situación que no es nada fácil toda vez que no existen criterios universalmente aceptados para identificar a un paciente como terminal.

4.3.1. CONCEPTO

"Aunque existen algunas definiciones para este periodo evolutivo todas ellas resultan incompletas o inexactas de tal manera que no existen datos clínicos o analíticos que permitan reconocer de forma taxativa y con seguridad esta fase. De esta forma, para algunos la fase terminal comenzaría cuando la muerte se siente como una realidad próxima y los médicos dirigen todo su afán exclusivamente en aliviar los síntomas renunciando a la curación. En otras ocasiones se determina cuando el crecimiento tumoral es tan evidente y progresivo que ya no se puede esperar que los tratamientos específicos prolonguen la supervivencia de una manera significativa".⁵⁰

Es importante destacar que para delimitar el concepto de enfermo terminal existen tres criterios que son imprescindibles para su diagnóstico: la insuficiencia de órgano, la ineficacia comprobada de los tratamientos y las complicaciones irreversibles finales.

"Insuficiencia de órgano.- En los enfermos oncológicos depende del lugar predominante de las metástasis que comprometen directamente la vida (hígado, pulmón, cerebro) o la afectación iatrogénica de órgano o sistemas (insuficiencia renal o hepática, neurotoxicidad grave, mielotoxicidad, insuficiencia respiratoria o cardíaca). Las metástasis óseas, peritoneales, ganglionares, así como de otras localizaciones no suelen ser por sí mismas incompatibles con la vida, pero implican inmovilidad, permanencia en la cama, dificultad para la alimentación,

⁵⁰ GONZÁLEZ BARÓN, M. et. Ali. . *Tratado de Medicina Paliativa y Tratamiento de Soporte en el Enfermo con Cáncer*. Ed. Panamericana. Madrid, España, 1996, p. 1085.

hidratación parental, etc., que se acompañan de una alta morbilidad por la que ponen en peligro la vida con complicaciones frecuentes.

Ineficacia comprobada de los tratamientos.- No se puede diagnosticar de terminal a un paciente mientras no se hayan agotado los tratamientos disponibles. Existen situaciones en la que no se puede aplicar un tratamiento específico debido a la afectación general del paciente, sin embargo, el tratamiento sintomático paliativo, no es incompatible sino todo lo contrario, con los tratamientos específicos con intención curativa; incluso cuando el enfermo lo necesita por el estado general deteriorado. Pero la medicina paliativa adquiere toda su relevancia cuando el paciente alcanza la fase progresiva (enfermo terminal) toda vez que ya no se le puede ofertar un tratamiento curativo, tratando de ofrecer en este periodo remedios que le proporcionen confort y dignidad; alivio, consuelo y serenidad.

Complicaciones irreversibles finales.- Es sin duda el aspecto más controvertido y delicado del diagnóstico de la enfermedad neoplásica progresiva o de la fase terminal. La complicación irreversible final por definición no tiene posibilidad de reversibilidad o recuperación en el contexto de un enfermo terminal, aunque fuera de esta fase sea tributaria de diversas actuaciones. De tal manera que cuando se cumplen además de los criterios diagnósticos antes enunciados del paciente terminal, complicaciones como el fallo respiratorio, la embolia pulmonar, el coma metabólico, la hemorragia grave y el abdomen agudo pueden ser el final de la evolución y no debe ser legítimo realizar ninguna medida de recuperación, por lo que es conveniente hacerse cargo de la situación y advertir a la familia la contraindicación, la inutilidad y la imposibilidad de las maniobras terapéuticas. Pero si no existen los otros criterios enumerados la decisión de actuar es digna de consideración y exige una profunda reflexión clínica".⁵¹

⁵¹ *Ibidem*, pp. 1086-1087.

En ese sentido, una enfermedad en fase terminal sería aquella que, según un razonable juicio médico, sin la aplicación de medidas extraordinarias o de un tratamiento inaceptable para el paciente, conduciría normalmente a la muerte de este último.

Las enfermedades más frecuentes en las que se presenta la irreversibilidad en la fase terminal son: el cáncer, el sida, la leucemia y el estado de coma irreversible (muerte cerebral), entre otras. Por lo que a continuación se dará un breve panorama de las mismas.

4.3.2. CANCER.

El cáncer representa una de las principales causas de muerte del siglo XX. La palabra cáncer deriva del griego karkinos y parece que fue utilizada por primera vez, como tal, por Hipócrates. El cáncer se define como un neoplasma maligno. El término neoplasia literalmente significa nuevo crecimiento y se definen como una neoformación histica resultante de la proliferación exagerada de elementos celulares de un tejido organizado, con tendencia a resistir y a crecer de forma ilimitada.

"El cáncer se define por cuatro características que describen, cómo las células cancerosas actúan de modo distinto a las células normales, a saber :

Clonalidad.- En la mayoría de los casos el cáncer se origina de una única célula progenitora que prolifera y da lugar a un clono de células malignas.

Autonomía.- El crecimiento anterior no es regulado de forma adecuada por las influencias bioquímicas y físicas normales del ambiente.

Anaplasia.- Existe una ausencia de diferenciación celular normal y coordinada. Las células neoplásicas pueden presentar las características

morfológicas de las células maduras normales de las que proceden como alteraciones celulares e histológicas.

Metastasis.- Las células cancerosas tienen la capacidad de crecer y diseminarse por otras partes del cuerpo".⁵²

El paciente con cáncer atraviesa por diversas etapas, a saber: una primera fase, en la que la terapia se orienta hacia la curación del enfermo; una segunda fase, que es aquella en la que una vez agotados los tratamientos de intención curativa el paciente mantiene una esperanza de vida de al menos seis meses, periodo en que el enfermo puede permanecer casi asintomático, esto es con leves molestias o síntomas menores y; la tercera fase o terminal, es aquella en la que el paciente tiene una esperanza de vida no superior a dos meses, cuya sintomatología es insuficiencia de órganos o sistemas y complicaciones irreversibles finales.

Todo lo antedicho nos orienta sobre la trascendencia del problema, por lo que es conveniente considerar que el paciente terminal de cáncer cuando no presenta expectativa de vida alguna y ante los graves dolores y sufrimiento si manifestase su voluntad a favor de la eutanasia, no debe existir inconveniente alguno en aplicarla y concederle su derecho a morir dignamente.

4.3.3. SIDA.

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida "sida" es una enfermedad que no presenta un aspecto clínico definido, ya que es un complejo de afecciones, síntomas

⁵² MORO GUTIÉRREZ, Lourdes. *El Enfermo de Cáncer y su Entorno*. Ed. Fundación "La Caixa". Barcelona, 1994, P.19.

y signos que en la mayoría de las veces deja perplejo al examinador. En ese sentido no existe el enfermo clásico de sida.

"Datos reciente basados en cultivos virales cuantitativos de plasma y células mononucleares de sangre periférica apoyan la hipótesis de que el VIH, desde el momento en que infecta a un paciente prolifera de una forma continua, aunque a velocidades diferentes según el estadio evolutivo de la infección. Habría que distinguir: a) una fase precoz o aguda de varias semanas de evolución; b) una fase intermedia o crónica, con replicación viral activa aunque a velocidad baja, de varios años de duración, y c) una fase final o de crisis que clínicamente correspondería a lo que denominamos complejo relacionado con el sida y luego sida.

Fase precoz o aguda.- La evolución a partir de este momento es relativamente independiente del mecanismo de transmisión, aunque la dosis infectante y sobretodo la virulencia intrínseca de la sepa y quizá también la capacidad de respuesta del huésped podrían tener importancia. El paciente infectado persistirá asintomático, paulatinamente en la mayor parte de pacientes irá apareciendo antígeno circulante, una elevada porción de plasma y afectación de linfocitos, luego irán apareciendo diferentes tipos de anticuerpos e inmunidad celular, lo que coincidirá con la desaparición del antígeno y un descenso drástico de virus circulante y de células infectadas.

Fase intermedia o crónica.- Durante esta fase, que generalmente dura varios años, la actividad proliferativa viral persiste, aunque a bajo nivel. Los pacientes suelen estar asintomáticos con o sin adenopatías, plaquetopenia o mínimos trastornos neurológicos.

Fase final o de crisis.- El incremento de la actividad replicativa del virus coincide clínicamente con la aparición de una severa alteración del estado

general de infecciones oportunistas, de ciertos tipos de neoplasias o de trastornos neurológicos, y a partir de este momento decimos que el paciente tiene sida".⁵³

Mecanismos de transmisión del sida.

- **Transmisión parental.**- Drogadicción por vía intravenosa, transfusión de sangre, trasplante de órganos y tejidos y exposición parental y/o cutaneomucosa accidental.

- **Transmisión sexual.**- Relaciones homosexuales y heterosexuales.

- **Transmisión vertical.**- Hijo de madre infectada, infección intrauterina, infección durante el parto e infección durante la lactancia".⁵⁴

4.3.4. LEUCEMIA.

"Las leucemias constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades neoplásicas de la sangre que surgen de la transformación maligna de células hematopoyéticas. Se caracterizan por la proliferación de las células leucémicas, principalmente en la médula ósea y en los tejidos linfoides, donde interfieren con la hematopoyesis e inmunidad normales. Habitualmente emigran hacia la sangre periférica infiltrando otros órganos, tejidos y sistemas.

La leucemia aguda, es una proliferación maligna de células hematopoyéticas inmaduras, mieloides y linfoides, cuya acumulación progresiva conduce a la insuficiencia de la médula ósea y a la infiltración de diversos órganos. El mecanismo por el cual se produce esta transformación maligna es desconocido

⁵³ GATELL ARTIGAS, Joseph M. *Guía Práctica del Sida*. Edic. 2ª. Ed. Masson-Salvat, Barcelona, 1992, pp. 11-12.

⁵⁴ *Ibíd.*, P.16.

La leucemia crónica engloba un conjunto de hemopatías malignas de curso prolongado que se clasifican en linfoides y mieloides, según las características de la proliferación celular. El grupo mielóide se haya integrado por la leucemia mielóide crónica, caracterizada por afectar las líneas celulares granulocítica, monocítica, editóide y megacariocítica, y también por un aumento de la producción de granulocitos. La leucemia linfóide crónica es un síndrome linfoproliferativo caracterizado por la acumulación de linfocitos de aspecto maduro, normalmente de origen B, en sangre periférica, médula ósea, bazo y ganglios linfáticos.

Cuadro clínico.

Respecto a los síntomas objeto de consulta, los individuos afectados por leucemia aguda se destacan por la fatigabilidad y la astenia, presentan cansancio, seguido de hemorragias, fiebre y toxicidad sistemática a consecuencia de una infección.

Las leucemias crónicas se caracterizan porque en la medida que avanza la enfermedad se presenta malestar general, anorexia, fatigabilidad fácil, pérdida de peso, fiebre y sudoración. Pueden presentar síntomas de anemia, agrandamiento de ganglios linfáticos o infecciones intercurrentes. En etapas avanzadas presentan con más frecuencia inmunodeficiencia, anemia y neutropenia, y carecen de capacidad para reaccionar de modo normal a las infecciones.

Evolución/ Pronóstico.

La evolución y pronóstico dependen del tipo de leucemia. En el caso de la leucemia linfóide crónica existen tres estadios que permiten establecer un pronóstico:

- Los enfermos en el estadio A tienen buen pronóstico. La supervivencia media es superior a siete años. Estos enfermos por lo general no necesitan tratamiento.

- Los pacientes en estadio B tienen un pronóstico intermedio, con una supervivencia media de cinco años.

- Los enfermos en etapa C tiene pronóstico peor, con una supervivencia media inferior a los dos años.

La leucemia mieloide crónica en fase crónica puede pasar años con escasa o nula sintomatología, durante los cuales el paciente disfruta de una vida normal y a medida que pasa el tiempo el enfermo empeora, van apareciendo fiebres, alteraciones analíticas, infecciones diversas y aumento de la infiltración tumoral de órganos. En la fase final o de crisis la enfermedad se comporta como una leucemia mieloide aguda y debe ser tratada como tal, pero su pronóstico es fatal".⁵⁵

4.3.5. ESTADO DE COMA IRREVERSIBLE (MUERTE CEREBRAL).

"El estado de coma es un trastorno patológico caracterizado clínicamente por inconsciencia, de duración variable, aunque habitualmente prolongada, que es expresión de uno o varios agentes causales que actúan sobre centros nerviosos encefálicos y que puede ser reversible o bien el estadio terminal con respecto a la vida".⁵⁶

"La inconsciencia es el elemento básico en la definición del mismo. Es un estado que ha sido definido por el Medical Research Council-Brain Injuries Committee (1941), como la "ausencia de respuesta psicológica comprensible a un

⁵⁵ MORO GUTIÉRREZ, Lourdes. Ob. Cit., pp.27-30.

⁵⁶ CHAVEZ RIVERA, Ignacio. *Coma, Síncope, y Shock*. Ed. U.N.A.M. México, 1966, p.17.



estímulo externo o a necesidades internas". Es, desde luego, un estado que se aparta de lo fisiológico, ya que el único fisiológico de inconsciencia es el del sueño. Anatómicamente el estado de coma presupone, generalmente, diversos grados de daño anatómico y funcional del sistema reticular, ya sea por necrosis, isquemia, intoxicación, lesión directa, etc., aunque en ocasiones no pueda demostrarse por la histopatología en la autopsia. Funcionalmente, el coma será un bloqueo mesencefálico, con inactividad total o parcial del sistema reticular, hipofunción que da por resultado la inhibición de la función activadora o estimuladora de la corteza cerebral y no como se creía, una desaferentización cortical total. A este bloqueo lo llamamos descerebración. El trastorno mesencefálico acarrea el de las vías ascendentes, con lo que el sujeto modifica sus funciones de la vida de relación así como el de las vías descendentes, por lo que modifica aunque en grado discreto funciones de la vida vegetativa. En estas condiciones habrá actividad disminuida o suprimida para el dolor, tacto, temperatura, sensibilidad profunda, etc. En el fondo esto presupone con frecuencia hipoxia cerebral, que puede ser: 1) por inadecuado flujo sanguíneo, ya sea en cantidad (comas por disminución del flujo cerebral o cardiocirculatorios), o en calidad (comas tóxicos metabólicos), 2) por trastorno metabólico celular reticular.

Los procesos capaces de conducir al coma son múltiples, cualquier enfermedad o trastorno fisiopatológico que altere la estructura y función cerebral del sistema reticular, será causa de coma. Las causas más comunes de acuerdo con el mecanismo anatomo-funcional son las siguientes:

1.- Causas de destrucción anatómica intracerebral por enfermedades como, por ejemplo: traumatismo craneano, hemorragias, abscesos, tumores, etc.

2.- Causas de isquemia y lesión celular cerebral debida a la disminución de la cantidad del flujo sanguíneo cerebral: Accidentes cerebro-vasculares, shock, etc.

3.- Causas de intoxicación celular consecutiva a sangre de mala calidad, tal como sucedería en casos de trastornos químicos: la acidosis diabética y renal, la insuficiencia hepática, deshidrataciones, etc.

4.- Causas de carencia química celular, como por ejemplo la hipoglicemia, la deficiencia de tiamina o de ácido nicotínico la hipopotacemia, la hipocloremia, etc.

5.- Causas de irritabilidad celular anormal, como sería el caso de las epilepsias con sus descargas eléctricas anormales capaces de alterar la función del sistema reticular en forma primaria o secundaria.

6.- Causas productoras de trastornos celulares desconocidos como, por ejemplo, en la catatonía".⁵⁷

Cabe destacar, que las etapas que anuncian el coma en un individuo mentalmente alerta, son las siguientes:

- Confusión y excitación.
- Somnolencia.
- Estupor.
- Semicoma y coma profundo.

Es importante establecer, que no debe confundirse el coma simple que puede ser reversible, con la muerte cerebral o coma irreversible.

⁵⁷ Ibidem, p.25-26.

"La muerte cerebral a sido también llamada coma depasse algo así como más allá del coma y coma irreversible, pero tales denominaciones se usan cada vez menos, desde que la muerte cerebral es diferente al estado clínico del coma y por consiguiente se debe evitar las confusiones aunque se trate solo del nombre. El coma se caracteriza clásicamente por inconsciencia, ausencia de actividad motora espontánea y de respuestas intencionales a los estímulos, presencia de actividades autonómicas incluyendo la respiración y por último conservación de cantidades variables de reflejos del tronco encefálico y espinales. En otras palabras, el examen clínico del paciente comatoso revela que tiene una gran perturbación del sistema nervioso, pero que todavía conserva algunas otras funciones cerebrales. Por consiguiente todo paciente comatoso es susceptible de cierto grado de recuperación potencial. Al contrario, en el estado de muerte cerebral el examen muestra la ausencia total de las funciones cerebrales, la muerte cerebral, es para la persona, el punto sin retorno a la vida".⁵⁸

Existen criterios generales para la determinación de la muerte cerebral, entre los que se enuncian los siguientes:

- 1.- Paciente sin perceptividad ni reactividad consciente, como consecuencia de haber sufrido una lesión estructural cerebral grave e irremediable.
- 2.- ausencia de respiración espontánea (requiriendo el uso continuo de un respirador).
- 3.- Ausencia de reflejos del tronco encefálico y de cualquier otro reflejo no espinal.
- 4.- Exclusión de situaciones de muerte cerebral aparente.

⁵⁸ DEZA BRINGAS, Luis. *Aspectos Médicos y Legales de la Muerte Cerebral*. Colegio de Abogados de Lima.

5.- Revaluaciones.

6.- Silencio electrocerebral demostrable por el electroencefalograma E.E.G. (prueba no indispensable) y realización de alguna otra prueba confirmatoria en los casos de duda acerca del diagnóstico de muerte cerebral.

En ese sentido la Universidad de Harvard ha propuesto diversos criterios diagnósticos de coma irreversible. Los que comprenden:

1) Ausencia de receptividad y de respuesta. El paciente se muestra totalmente refractario a los estímulos externos y a las necesidades internas del organismo y con completa falta de respuesta, incluso a estímulos dolorosos intensos.

2) Ausencia de movimientos y respiración. Todos los movimientos musculares espontáneos, la respiración espontánea y la respuesta a estímulos como dolor, sonido, tacto o luz están absolutamente ausentes.

3) Ausencia total de reflejos. Entre los indicadores de este hecho se cuentan: pupila fija y dilatada, falta de movimientos oculares, falta de reflejos de defensa, y generalmente, ausencia de reflejos tendinosos.

Además de estos tres criterios se recomendaba la obtención de un electroencefalograma, que no debía mostrar signos de actividad electrofisiológica (E.E.G.) plano). Las pruebas debían repetirse luego de transcurridas veinticuatro horas, y se debía descartar que la causa fuese una intoxicación con drogas depresoras del sistema central, barbitúricos, la presencia de hipotermia, ya que estas pueden inducir a errores diagnósticos.

Las estadísticas demuestran que todos los pacientes con muerte cerebral terminan finalmente en paro cardíaco por asistolia a pesar del uso continuo del respirador y las medidas de apoyo prodigadas para que sobreviva el cuerpo, lo que denota que la muerte cerebral es una condición sin posibilidad de ser revertida y por consiguiente la persona en ese estado ha dejado de existir aún cuando su corazón y otros órganos corporales puedan ser mantenidos funcionando artificialmente durante horas o semanas. Es preciso señalar que en la legislación mexicana la muerte cerebral es aquella muerte clínica y legal, por lo que el hecho de abstenerse de aplicar aquellos tratamientos y mecanismos que mantienen las funciones circulatoria y respiratoria en el sujeto, en el caso de no estar legalizada la eutanasia, no constituiría un homicidio, ya que no se puede privar de la vida a un muerto. No obstante, sería valioso conocer la voluntad expresada con anterioridad por el paciente.

4.4. DIAGNOSTICO DE DESAHUCIO.

Tradicionalmente se ha tendido a ocultar el diagnóstico de desahucio al paciente; sin embargo, dentro de los derechos que tiene todo paciente además de una asistencia integral, se encuentra el derecho a ser informado, ya que el médico no podrá tomar una decisión o aplicar un tratamiento sin el consentimiento informado del enfermo, pues ese derecho consiste precisamente en el deber del médico de informar a sus pacientes y el derecho del enfermo a decidir y a consentir todo aquello que tenga relación con su enfermedad y su cuerpo.

Hoy en día es un dilema el comunicar o no el verdadero diagnóstico, en razón de que la verdad en muchos casos puede resultar perjudicial, lo que se deberá manejar con mucha dinámica y profesionalismo según los elementos dados por el propio paciente a través de su forma de pensar y de ser (creencias, valores y nivel cultural). De esta forma, el diagnóstico de desahucio debe anunciarse al

paciente con la dosis adecuada de conocimientos, quien tendrá a su vez la más amplia libertad de comunicársela a quien estime conveniente, pero siempre con la garantía del deber del secreto profesional.

Existen al respecto diversos estudios realizados y se ha llegado a la conclusión que es mejor dar a conocer al paciente dicho diagnóstico que ocultarlo, ya que a pesar de producir reacciones emocionales negativas en un principio, posteriormente ayuda a que el paciente se adapte y tenga un mejor control sobre su enfermedad, lo que le permite realizar nuevas actividades y empezar a reorganizar su estilo de vida, "aunque tal decisión debe ir precedida de un análisis de las siguientes variables :

a) Características individuales de los pacientes.

- Edad: Hemos señalado que cuanto más jóvenes son, más información Solicitan.
- Valores y actitudes del paciente ante la vida.
- Creencias y sentimientos religiosos.
- Nivel educativo: Grado de conocimientos previos.
- Grado en que desea ser informado.
- Experiencias previas: Enfermedades anteriores y capacidad general de resolución de problemas.
- Personalidad previa: Tendencias depresivas, agresivas, etc.

- Características relativas a la enfermedad en sí mismas.
- Valoración de su entorno familiar y social.
- Relaciones con el equipo sanitario.

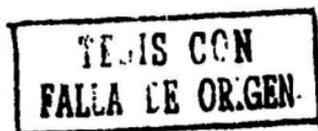
b) Características de la comunicación.

- Momento en que se ofrece la información: Hay que tener en cuenta en qué fase de la enfermedad se encuentra el paciente.
- Las distintas fuentes informativas deben aportar una información adecuada.
- Forma y modo en que se ofrece la información.
- Congruencia informativa.
- Posibilidad de que otras personas, sobre todo familiares, participen en la conversación.

c) Aspectos relacionados con el equipo asistencial:

- Integrador: Debe incluir el sistema personal, características físicas, psicológicas y sociales del enfermo.
- Secuencial: La información debe adaptarse a las diferentes fases que atraviesa el enfermo.
- Medios- fines: La información debe servir al enfermo para enfrentarse adaptativamente a la enfermedad".⁵⁹

⁵⁹ MORO GUTIÉRREZ, Lourdes. Ob. Cit., pp.47-48.



"Rihuete apunta que a pesar de que la actitud inicial del enfermo después de conocer el diagnóstico sea de ansiedad y preocupación, a largo plazo provoca una reacción positiva y una participación activa en el proceso de la enfermedad facilitando su adaptación. Sin embargo, no puede olvidarse el posible conflicto entre la verdad y el bien del enfermo: si las consecuencias negativas del conocimiento de la verdad son mayores que los beneficios, el derecho a conocer la verdad queda en suspenso".⁶⁰ Lo que implica la preocupación del médico de considerar como una posibilidad la mentira piadosa, la que resultaría justificante ante enfermos temerosos que quieren saber lo menos posible su enfermedad y que generalmente se trata de personas de edad avanzada con nivel cultural bajo; situación que no se presenta en aquellas personas que desean información precisa, para quienes su nivel cultural les permite ver a la enfermedad como un desafío al que hay que superar, por lo que requieren un conocimiento complejo y detallado de la misma.

Asimismo, debe aclararse que la información no debe versar únicamente sobre el diagnóstico, sino sobre el pronóstico y tratamientos, de tal forma que permita al médico contrarrestar el diagnóstico negativo con alguna información positiva acerca de los tratamientos existentes.

Es importante destacar, que el médico debe utilizar un lenguaje coloquial para que el paciente pueda entenderle mejor, además es aconsejable que éste se encuentre asistido de un miembro de la familia que le ayude a tener un mejor control sobre la noticia e incluso le ayude cuando sea necesario a recordar los detalles de la conversación, para que en una entrevista posterior el paciente esté en aptitud de hacer las preguntas que estime convenientes al médico y pueda tomar una decisión apropiada una vez que haya asimilado su situación.

⁶⁰ *Ibíd.*, pp.43-44.

El hecho de que el médico sea honesto, no quiere decir que la verdad excluya la esperanza, por lo que es recomendable anunciar una gama de posibilidades cuya certeza dependerá de la evolución del paciente, pues lo contrario sería una sentencia de muerte, lo que traería como consecuencia la desconfianza del paciente-médico.

4.5. ERROR EN EL DIAGNOSTICO.

Sin duda en el mundo de la ciencia médica no deberá descartarse la posibilidad de un error en el diagnóstico, ya que aún cuando éste sea precedido por una serie de estudios tanto de laboratorio como de gabinete para determinar el tipo de enfermedad y si esta es o no curable, puede estar acompañado del error. En virtud de que existen múltiples enfermedades con sintomatologías muy similares, por ejemplo un enfermo sedado en estado de coma puede presentar síntomas equiparables a los síntomas característicos de una muerte cerebral y determinar la irreversibilidad del paciente no obstante que la misma es reversible y traer como consecuencia en ese caso una responsabilidad profesional para el médico tratante. Siendo menester tener en cuenta que en la medicina no existen enfermedades sino enfermos.

Por otra parte, tanto el diagnóstico, pronóstico y tratamientos al ser función del médico, éste al realizarlos tiene obligación de formularlos con todas las posibles respuestas y siempre deberá considerar que el error y el diagnóstico son inseparables, por lo que no deberá anunciar jamás un diagnóstico como definitivo, todo dependerá de la evolución de la enfermedad del paciente (estudios, tratamientos, fase, etc.), y una vez agotados todos los recursos sanitarios determinar la comprobación de su diagnóstico y si este es diferente deberá ser el primero en darse cuenta del error y enmendarlo.

Cabe advertir, que dicho error sólo es una posibilidad pues la ciencia médica cuenta con amplios estudios y cuadros determinantes de cada tipo de enfermedad, por lo que la eutanasia es partidaria de aquellos casos en los que de verdad existe certidumbre en el diagnóstico y en el pronóstico.

4.6. CERTIFICACION DE LA PÉRDIDA DE LA VIDA.

La Ley General de Salud establece en su artículo 317, "Para la certificación de la pérdida de la vida se deberán comprobar previamente los siguientes signos de muerte:

- I.- La ausencia completa y permanente de la conciencia.
- II.- La ausencia permanente de respiración espontánea.
- III.- La falta de percepción y respuesta a estímulos externos.
- IV.- La ausencia de reflejos de los pares craneales y de los reflejos medulares
- V.- La atonía de los músculos.
- VI.- El término de la regulación fisiológica de la temperatura corporal.
- VII.- El paro cardíaco irreversible y,
- VIII.- Las demás que establezca el reglamento correspondiente".

Por su parte el artículo 318 de la mencionada ley establece, "La disposición de órganos y tejidos con fines terapéuticos, podrá realizarse de

cadáveres en los que se haya certificado la pérdida de la vida en los términos de los artículos 317, o de aquellos en los que se pruebe la persistencia por seis horas de los signos a que se refieren las fracciones I, II, III, IV del mismo artículo, y además de las siguientes circunstancias:

I.- Electroencefalograma isoelectrico que no se modifique con estímulo alguno dentro de los treinta minutos siguientes (según la asociación de transplantes).

II.- Ausencia de antecedentes inmediatos de ingestión de bromuros, barbitúricos, alcohol y otros depresores del sistema nervioso central, o hipotermia. Si antes de este término se presentara un paro cardíaco irreversible, se determinará de inmediato la pérdida de vida y se expedirá el certificado correspondiente. La certificación de muerte respectiva será expedida por dos profesionales distintos a los que integren el cuerpo técnico que intervendrá en el transplante".

4.7. LA MUERTE.

Resulta paradójico que en esta sociedad, donde se han superado tantos tabúes, la muerte termine siendo el principal tabú. Antes los niños venían de París, ahora los abuelos se han ido de viaje, los niños no ven morir a la gente, se les oculta o se les engaña. Es precisamente el miedo a la muerte y la angustia que genera pensar o hablar de ella, lo que trae consigo que no exista una cultura de la muerte y con ello una preparación debida para afrontarla en el momento que sea necesario. De esta manera, los médicos y personal sanitario no se encuentran preparados para atender a los pacientes sin perspectivas de curación y en virtud de que ven la muerte como un fracaso, lejos de ayudarlos a morir dignamente hacen de ellos verdaderos objetos de experimentación siendo víctimas de un encarnizamiento terapéutico.

4.7.1. CONCEPTO.

La palabra muerte proviene del griego thanatos= extinción, muerte.

Desde un punto de vista jurídico, la muerte es la extinción de la personalidad jurídica y por consiguiente de la capacidad jurídica de la persona.

Desde un punto de vista médico, la muerte es la cesación definitiva e irreversible de las funciones vitales del organismo, cerebrales, respiratorias y cardiovasculares (muerte real).

4.7.2. DIVERSAS CLASES DE MUERTE

Al cese definitivo e irreversible de las funciones vitales del organismo se le conoce como Muerte Real. En ese sentido, las funciones vitales se agrupan de la siguiente manera:

FUNCIONES VITALES.

1. Motilidad.

2. Sensibilidad

De la vida de relación. 3. Reflejos.

4. Órganos de los sentidos.

5. Funciones cerebrales

Tacto.

Dolor.

Temperatura.

Inteligencia.

Memoria.

Voluntad.

Autocrítica.

| | | |
|------------------------------|------------------------|---------------------------|
| | Respiración | |
| De la vida vegetativa | Circulación | |
| | Metabólicas | |
| | Glándulas de secreción | Endocrinas. Exocrinas. |

Muerte aparente.- Es aquélla en la que las funciones o signos vitales llegan a su mínima expresión y da la apariencia de una muerte real. Es anecdótica y difícil que suceda. Frecuentemente es producida por alguna descarga eléctrica.

Muerte súbita.- Es aquélla que sobreviene en forma repentina en un individuo, aparentemente sano, pero en la que no existe ninguna causa externa manifiesta. Los casos más frecuentes son:

I.- Cardiovasculares:

Infarto cardiaco, debido a la obstrucción de las arterias coronarias, ya sea de rama derecha o izquierda.

Insuficiencia aórtica, ocasionada por una fatiga brusca del corazón al realizar un esfuerzo o una gran emoción.

II.- Del aparato respiratorio.

La bronco-aspiración es la causa más frecuente, sobre todo en los lactantes que vomitan contenido gástrico, entre ebrios y semi-inconscientes.

III.- Del sistema nervioso.

Diversos tumores cerebrales pueden causar este tipo de muerte, así como la meningitis aguda y las hemorragias encefálicas.

IV.- Del aparato digestivo.

Entre las causas de muerte súbita que se originan en el aparato digestivo se encuentran tres: a) Hemorragias internas debido a la presencia de úlceras gástricas o de varices esofágicas; b) la peritonitis aguda, causada por la perforación gástrica o de vías biliares; c) las hemorragias ocasionadas por la cirrosis hepática.

V.- Endocrinológico.

La causa más frecuente es la hipertrofia de timo en los niños; en los adultos, el coma por hipo e hiperglicemia, en diabéticos.

VI.- Inhibición o choque nervioso.

Se generan este tipo de muertes en psicósomáticos e hipersensibles.

Muerte violenta. Es aquella que se presenta en forma rápida, cuya causa característica es un agente externo. En este tipo de muertes se requiere que el médico legista realice una búsqueda acuciosa de las huellas externas que la originan, a efecto de determinar si se trató de un homicidio, un suicidio o un accidente. Entre los accidentes los más frecuentes son los automovilísticos; le siguen los del hogar y los del trabajo.

Es importante destacar que dentro de los fenómenos cadavéricos, existen tres clases de signos: dudosos, probables y ciertos.

Signos dudosos: Inmovilidad, pérdida de la conciencia, insensibilidad general y de los órganos de los sentidos, facies hipocrática, supresión de los movimientos respiratorios, ausencia del pulso y cesación de los latidos cardíacos.

Signos probables: Enfriamiento cadavérico, relajación de esfínteres, deformación de la pupila, rigidez cadavérica (se desarrolla: en la mandíbula inferior, nuca, tronco y abdomen, miembros superiores e inferiores), espasmo cadavérico, etc.

Signos ciertos: Mancha verde abdominal, putrefacción, maceración, saponificación y momificación.

Ahora bien, El Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas, clasifica la muerte de la siguiente manera:

- 1. Accidental.-** Muerte antes del término natural de la vida producida por una violencia exterior.
- 2. Aparente.-** Estado corporal en que la respiración, la circulación de la sangre, el calor del organismo y otras manifestaciones vitales son poco o más perceptibles.
- 3. Local.-** Es la muerte de sólo una parte del cuerpo.
- 4. Natural.-** Es la que resulta del debilitamiento progresivo de todas las funciones vitales y se produce en la senectud.

5. Real.- Es la cesación definitiva de la vida, cuyo signo principal es la putrefacción.

6. Súbita.- Es la que acontece a una persona con estado de salud aparentemente bueno, de una manera brusca e inesperada y puede ser ocasionada por infartos, hemorragias cerebrales o un estado de shock.

7. Violenta.- Es la muerte accidental producida por una fuerza material externa; especialmente por arma blanca, de fuego, veneno u otro medio criminal.

8. Senil.- La que sucede por vejez, sin enfermedad, accidente ni violencia, al menos aparente.

4.8. DEONTOLOGÍA MÉDICA.

El médico es un hombre que está enmarcado en su actividad profesional por distintas normas, entre esas normas figuran las de ética, impuestas por los códigos que a sí mismos se dan estos profesionales.

El médico requiere una constante preparación y perfeccionamiento de sus conocimientos; sin embargo, para un adecuado manejo de esos conocimientos es necesario posea un ajustado concepto de las normas éticas y morales que orienten su conducta. Es así cuando tiene aplicación la deontología médica.

La deontología proviene de la raíz *deontos* y *logos* que significa la ciencia de la ética o del deber, y aplicada a la medicina da lugar al surgimiento de la deontología médica. Esta representa el conjunto de normas por las que se debe

guiar al médico en el ejercicio de su profesión, en relación con las autoridades, la sociedad, el enfermo y sus colegas.

"El Doctor Gonzalo Castañeda, decía, en referencia al trato que el médico debe otorgar al paciente :

- Debe considerarse primero, como algo humano; para la práctica profesional es indispensable hacerlo de todo corazón. Las instituciones de seguridad social lo han hecho un poco difícil.

- Cada paciente debe tratarse como un caso clínico; por ello debemos aplicar nuestros conocimientos y cerebro. La seguridad social lo facilita con equipos especializados e Interconsultas con gente preparada y responsable.

- Sin pacientes no habría ingresos financieros, aunque en ningún caso debe considerarse esta profesión como un negocio ni como apostolado".⁶¹

- El médico siempre deberá actuar con estricta honradez, tanto en la elaboración de su diagnóstico como en el pronóstico y especialmente aplicando el tratamiento adecuado. Así mismo siempre deberá reservarse de los hechos que son de su conocimiento, cuando la revelación del mismo dañaría al paciente, esto es, el médico tiene en todo momento el deber de guardar el secreto profesional.

En ese sentido las orientaciones modernas de la medicina han obligado a nuevos enfoques en el campo de la ética. Mismas que se pueden encontrar en los códigos internacionales como el Código de Nuremberg y el Código Internacional de Ética Médica.

⁶¹ Cit. Por ALCOCER POZO, José. *Medicina Legal (conceptos básicos)*. Ed. Limusa. México, 1993, p.31.

CÓDIGO INTERNACIONAL DE ÉTICA MÉDICA.

Dicho código fue adoptado por la tercera asamblea general de la Asociación Médica Mundial, en Londres, en octubre de 1949. Se encuentra dividido en tres títulos, a saber: Deberes de los médicos en general, deberes de los médicos hacia los enfermos y deberes de los médicos entre sí.

Deberes de los médicos en general:

Al llevar a cabo su misión humanitaria, el médico debe mantener siempre una conducta moral ejemplar y apoyar los imperativos de su profesión, hacia el individuo y la sociedad.

El médico no debe dejarse influir meramente por motivos de ganancia.

Las siguientes prácticas son estimadas no éticas:

- a) Cualquier medio de reclamo o publicidad, excepto aquellos expresamente autorizados por el uso y la costumbre y el Código de Ética Médica Nacional.
- b) Participar en un plan de atención médica en el cual el médico carezca de independencia profesional.
- c) Recibir cualquier pago en conexión con servicios fuera del pago profesional, aunque sea con el conocimiento del paciente.

Bajo ninguna condición puede el médico hacer nada que debilite la resistencia física o mental de un ser humano, excepto por razones estrictamente terapéuticas o profilácticas, que favorezcan al paciente.

Se aconseja al médico obrar con suma cautela al divulgar descubrimientos o técnicas nuevas de tratamiento.

Al ser llamado para prestar declaración o una certificación, el médico sólo puede hacerlo con base a lo que él mismo ha podido verificar.

Deberes de los médicos hacia los enfermos:

El médico debe recordar siempre la obligación de preservar la vida humana aún desde el momento de la concepción.

El médico debe fidelidad y todos los recursos de su ciencia a su paciente.

Cuando un examen o el tratamiento quede fuera de su conocimiento y habilidad, el médico ha de llamar a otro médico que tenga la habilidad necesaria.

El médico debe, aún después que el paciente ha muerto, preservar absoluto secreto en todo lo que se le haya confiado o que él sepa por medio de una confidencia.

El médico debe proporcionar el cuidado médico necesario en caso de urgencia como un deber humanitario, a menos que esté seguro de que otros médicos pueden brindar tal cuidado.

Deberes de los médicos entre sí.

El médico debe comportarse hacia sus colegas como él desearía que ellos se comportasen con él.

El médico no debe atraerse hacia sí los pacientes de sus colegas.

El médico debe observar los principios de la Declaración de Ginebra, aprobada por la Asociación Médica Mundial.

En este apartado es importante hacer referencia al decálogo médico legal de Nerio Rojas, el cual constituye una síntesis de las normas técnicas para la realización de las funciones periciales.

Decálogo médico legal de Nerio Rojas:

1.- El perito debe actuar con la ciencia del médico, la veracidad del testigo y la ecuanimidad del juez. Sus características especiales son la preparación integral y actualizada como profesional de la medicina.

2.- Es necesario que tenga abiertos los ojos y cerrados los oídos que vea por sí mismo. Debe ser sordo ante juicios tendenciosos simuladores. No debe inmiscuirse en rumores.

3.- La excepción puede ser de tanto valor como la regla. En este sentido, existe una relación verosímil- posible- probable- seguro. Dos proyectiles pueden entrar por el mismo orificio.

4.- Debe desconfiar de los signos patognomónicos. Las matemáticas chocan con la biología. La prueba no es siempre concluyente, existe la contraprueba.

5.- Es importante seguir el método cartesiano:

a) No admitir como verdadero algo que no sea evidente. No precipitarse.

b) Dividir las posibilidades en tantas partes como sea posible.

c) Ordenar el pensamiento de lo fácil y sencillo a lo difícil y complicado.

6.- No debe fiarse de la memoria. Las autopsias y dictámenes en protocolos deben escribirse de puño y letra. Con claridad. No se permiten olvidos.

7.- Una autopsia no puede rehacerse. Lo anterior concluye que su práctica debe ser metódica y completa.

8.- Es requisito un pensamiento claro con el fin de escribir con precisión. También es indispensable un buen razonamiento y no los simples verbalismos.

Los análisis deben ser cuidadosos.

9.- El arte de las conclusiones consiste en la medida. No debe serse demasiado prudente o tímido, ni audaz o temerario. Deben aplicarse la ciencia y el buen criterio. Las afirmaciones o negativas deben pensarse con detenimiento.

10.- La ventaja de la medicina legal consiste en no formar una inteligencia exclusiva y estrechamente especializada. Es mínimo lo que se requiere: cultura general, honestidad, observación y razonamiento lógico.

4.9. JURAMENTO DE HIPOCRATES.

La función médica se inaugura éticamente con el juramento médico, y legalmente con la habilitación profesional. De ahí para adelante comienza la profesión, el ejercicio de la medicina.

**TEJIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Hipócrates nació en la Isla de Cos 406 A.C., murió en Salónica 370 A.C., Aristóteles decía que era de baja estatura, elegante y de rostro agradable.

El método hipocrático se circunscribía a cuatro condiciones: Observarlo todo, estudio del paciente en vez de la enfermedad, evaluación honesta y ayudar a la naturaleza.

JURAMENTO HIPOCRÁTICO.

"Juro por Apolo médico, por Esculapio, por Ligia y Panacia por todos los Dioses y Diosas a cuyo testimonio apelo, cumplir según mis fuerzas y capacidad, la promesa y juramentos siguientes :

Considerare a mis maestros como si fueran mis padres, compartiré con ellos el sustento y si es preciso atenderé a sus necesidades.

Tendré a sus hijos como hermanos y les enseñaré el arte sin condiciones, ni compensación. Enseñaré las doctrinas e instrucciones de la disciplina a mis hijos y a los hijos de mis maestros y a los discípulos ligados a mí por un juramento según la ley médica y a ninguna más fuera de éstos.

Prescribiré el régimen de los enfermos atendiendo a su beneficio según mi capacidad y juicio, y me abstendré de todo mal, y de toda injusticia. A nadie daré veneno aunque me lo pida, ni aceptaré ninguna sugestión en este sentido, tampoco daré abortivos a ninguna mujer.

Consideraré sagrados mi vida y mi arte. No practicaré la operación de la talla, dejándola a los que se ocupan de ella. Cuando entre en la morada de un enfermo, lo haré siempre en beneficio suyo, me abstendré de toda acción injusta y de corromper o seducir a mujeres y muchachos, libres o esclavos.

De todo cuanto vea y oiga en el ejercicio de mi profesión y aún fuera de ella callaré cuantas cosas sea necesario que no se divulguen considerando la discreción como un deber.

Si cumplo fielmente este juramento que me sea otorgado gozar felizmente de la vida y de mi arte, y ser honrado siempre entre los hombres, si lo violo y me hago perjuro que me ocurra lo contrario".

4.10. LA RESPONSABILIDAD MÉDICA ANTE EL DERECHO PENAL.

Es de suma importancia tratar el tópico de la Responsabilidad Médica ante el Derecho Penal, en virtud de que la conducta del médico que aplica la eutanasia, pudiese entrañar la comisión de algún delito, al no encontrarse debidamente legalizada, lo que en la práctica médica trae como consecuencia que dicho galeno lejos de facilitar el trance de la vida a la muerte, trate a toda costa de prolongar una agonía y sufrimientos innecesarios. Asimismo, no se debe soslayar que en la práctica de la medicina se pueden cometer diversos actos, omisiones o errores con motivo del ejercicio de la profesión médica, que de comprobarse su existencia no deben quedar impunes.

4.10.1 RESPONSABILIDAD PROFESIONAL.

"Responsabilidad significa duda, obligación de reparar y satisfacer por sí o por otro a consecuencia del delito, de una culpa o de otra causa legal. Es cargo u obligación moral que resulta para uno del posible yerro en cosa o asunto determinado. Así lo define el diccionario de la lengua castellana.

La responsabilidad médica es, según Lacassagne, la obligación para los médicos de sufrir las consecuencias de ciertas faltas por ellos cometidas en el ejercicio de su arte; faltas que pueden comportar una doble acción: civil y penal".⁶²

4.10.2. RESPONSABILIDAD MÉDICA Y DERECHO PENAL.

La responsabilidad médica se entiende como la obligación que tienen los médicos de reparar y satisfacer las consecuencias de sus actos, omisiones y errores cometidos en el ejercicio de su profesión.

La responsabilidad médica puede dar lugar a la responsabilidad penal cuando la conducta del médico entraña la comisión de un delito. Hay responsabilidad civil cuando se han causado daños físicos o perjuicios morales o económicos como consecuencia de la acción u omisión de la actividad profesional del médico.

En ese sentido el Código Penal para el Distrito Federal en su Título Décimosegundo establece:

Artículo 228.- "Los profesionistas, artistas o técnicos y sus auxiliares, serán responsables de los delitos que cometan en el ejercicio de su profesión, en los términos siguientes y sin perjuicio de las prevenciones contenidas en la Ley General de Salud o en otras normas sobre ejercicio profesional en su caso:

I.- Además de las sanciones fijadas para delitos que resulten consumados, según sean dolosos o culposos, se les aplicará suspensión de un mes a dos años en el ejercicio de la profesión o definitiva en caso de reincidencia; y

⁶² QUIROZ CUARÓN, Alfonso. *Medicina Forense*. Edic. 3ª. Ed. Porrúa. México, 1982, p.157.

II.- Estarán obligados a la reparación del daño por sus actos propios y por los de sus auxiliares, cuando éstos obren de acuerdo con las instrucciones de aquellos".

Artículo 229.- " El artículo anterior se aplicará a los médicos que, habiendo otorgado responsiva para hacerse cargo de la atención de un lesionado o enfermo, lo abandonen en su tratamiento sin causa justificada y sin dar aviso inmediato a la autoridad correspondiente".

Artículo 230.- " Se impondrá prisión de tres meses a dos años, hasta cien días multa y suspensión de tres meses a un año a juicio del juzgador a los directores, encargados o administradores de cualquier centro de salud, cuando incurran en alguno de los casos siguientes :

I.- Impedir la salida de un paciente, cuando éste o sus familiares lo soliciten, aduciendo adeudos de cualquier índole;

II.- Retener sin necesidad a un recién nacido, por los motivos a que se refiere la parte final de la fracción anterior;

III.- Retardar o negar por cualquier motivo la entrega de un cadáver, excepto cuando se requiera orden de autoridad competente.

La misma sanción se impondrá a los encargados o administradores de agencias funerarias que retarden o nieguen indebidamente la entrega de un cadáver, e igualmente a los encargados, empleados o dependientes de una farmacia, que al surtir una receta sustituyan la medicina específicamente recetada, por otra que cause daño o sea evidentemente inapropiada al padecimiento para el cual se prescribió".

La Ley General de Salud en su artículo 469 expresa: "Al profesional, técnico o auxiliar de la atención médica que sin causa justificada se niegue a prestar asistencia a una persona, en caso de notoria urgencia, poniendo en peligro su vida, se le impondrá de seis meses a cinco años de prisión y multa de cinco a ciento veinticinco días de salario mínimo general vigente en la zona económica de que se trate y suspensión para ejercer la profesión hasta por dos años.

Si se produjere daño por falta de intervención podrá imponerse, además, suspensión definitiva para el ejercicio profesional a juicio de la autoridad judicial".

El artículo 81 de la Ley General de Salud establece: "Las autoridades educativas registrarán los certificados de especialización de enseñanza superior o las instituciones de salud reconocidas oficialmente".

En el artículo 83 se especifica que: "Quienes ejerzan las actividades profesionales, técnicas y auxiliares y las especialidades a que se refiere este capítulo, deberán poner a la vista del público un anuncio que indique la institución que les expidió el título, diploma o certificado y, en su caso, el número de su correspondiente cédula profesional. Iguales menciones deberán consignarse en los documentos y papelería que utilicen en el ejercicio de tales actividades y en la publicidad que realicen a su respecto".

A) ELEMENTOS CONSTITUTIVOS DE LA RESPONSABILIDAD MÉDICA.

Para que pueda hablarse de responsabilidad médica deben concurrir ciertos requisitos, mismos que deberán ser demostrados en las causas de esta naturaleza, a saber: obligación preexistente, falta médica, perjuicio ocasionado y relación de causalidad.

- Obligación preexistente.

Es el elemento esencial de la responsabilidad médica en el supuesto en que la omisión de la prestación de los servicios o atenciones médicas constituyen el origen presunto del daño o perjuicio.

- Falta médica.

Sin lugar a duda se deberá demostrar la existencia de una falta médica, para que se pueda hablar de responsabilidad.

Por falta médica debe entenderse, la torpeza, la imprudencia, la falta de atención, la negligencia o la inobservancia de las reglas del arte y la técnica de curar. Para determinar la existencia de dicha falta se requiere de una peritación médico-legal a efecto de determinar la gravedad de la misma. Esto es, se debe establecer si el médico cumplió con su obligación que tenía con un paciente y si su actividad la ha ejercido en forma precisa y concreta, destinada a diagnosticar a través de las exploraciones y pruebas que se requiera el estado patológico del enfermo y aplicar los medicamentos necesarios para curarlo, aliviarlo o rehabilitarlo y si ello no hubiera sido posible a reducir sus molestias y dolores.

La falta médica cometida por un profesional tiene tres niveles: Falta leve, falta grave, y falta gravísima.

Falta leve.- Es la que puede cometer cualquier médico que ha sido diligente y atento en su actuación profesional.

Falta grave.- Es la que se origina debido a la imprudencia, impericia e inatención de las reglas fundamentales del arte médico.

Falta gravísima.- Se traduce en la comisión de errores graves debido a la falta de conocimientos fundamentales que de la medicina debe tener todo médico.

- Perjuicio ocasionado.

Para que un médico incurra en responsabilidad se requiere que la falta cometida haya ocasionado daños o perjuicios a otra persona.

- Relación de causalidad.

Para que exista responsabilidad tiene que haber una relación de causalidad entre la falta cometida y el perjuicio ocasionado, esto es, la falta médica deberá ser necesariamente el origen del daño causado.

En la práctica ante la problemática que representa el determinar el origen de los daños causados para la valoración de las concausas se han establecido los siguientes criterios:

- 1.- El criterio de la causa próxima.
- 2.- El criterio de la equivalencia de las causas.
- 3.- El criterio de la causa adecuada.

El criterio de la causa adecuada es la única aceptable en medicina legal, mismo que señala que causa sólo puede considerarse aquél suceso que según el curso natural de las cosas, es capaz de producir el efecto lesivo presente, que es suficiente para explicar la consecuencia.

B) PRINCIPALES CIRCUNSTANCIAS DE RESPONSABILIDAD MEDICA.

El consentimiento.

El consentimiento informado constituye un requisito inexcusable para la práctica de cualquier terapéutica, médica o quirúrgica, así como para cualquier tipo de exploración o prueba diagnóstica que signifique el más mínimo riesgo físico o moral para el sujeto.

Una vez que el enfermo esté debidamente informado, se solicitará por escrito su consentimiento, lo que se hará en presencia de testigos, ya que como a quedado plenamente establecido en capítulos anteriores, no se deberá actuar en contra de la voluntad del enfermo.

Terapéuticas peligrosas.

El médico siempre debe tener presente el riesgo que entrañe la terapéutica que haya de emplear. En ese sentido para que un tratamiento sea lícito, se requiere que el riesgo que produzca sea menor que el daño que se intenta reparar.

Cirugía.

Las intervenciones quirúrgicas tienen un alto índice, como el motivo más frecuente de las demandas por responsabilidad profesional. Los conflictos se generan debido, a la falta de consentimiento, por la anestesia o por el resultado obtenido.

Por lo que hace a la anestesia, debido a su importancia ha dejado de ser una ayuda o colaboración en el acto de la operación, pasando a ser un especialidad, gracias al notable progreso de las técnicas y fundamentos científicos de la misma, llegando a considerar al anestesista como independiente del cirujano, aún cuando en la mayoría de los casos éste mantenga la dirección del equipo que interviene en la cirugía. De tal manera que la responsabilidad dependerá si se contrató por separado al anestesista o bien si se trata de personal del médico, caso este último, en el cual el anestesista será responsable por imprudencia penal, independientemente de la acción civil que pueda ejercerse al respecto.

En cuanto a los resultados de la intervención, puede tratarse de la muerte del operado o bien que hayan quedado secuelas de diversa naturaleza, para lo que se requiere de la intervención de peritos médico-legales, los que tomarán en consideración: la importancia del riesgo operatorio de acuerdo al pronóstico y grado de urgencia; la precisión del diagnóstico preoperatorio; la técnica quirúrgica utilizada y los cuidados postoperatorios prestados al paciente. En caso que haya existido imprudencia, negligencia, impericia o falta de cuidado, el profesionista médico será responsable en los términos de la legislación vigente, en materia penal, civil y de salud.

Entre otras circunstancias de responsabilidad médica, se pueden encontrar: el error en el diagnóstico, debido a una grave ignorancia en asuntos médicos; errores de prescripción, por tratarse de recetas ilegibles o por no haber señalado la dosis adecuada; errores de tratamiento, por ejemplo en la aplicación de fármacos, por no utilizar la vía de administración adecuada o por la sustitución de un medicamento por otro y; por abandono del enfermo, en el supuesto que éste requiera intervención urgente y no haya otro facultativo que pueda reemplazar al médico de turno.

CAPITULO V

LA REGULACION DE LA EUTANASIA EN ALGUNAS LEGISLACIONES EXTRANJERAS.

5.1. HOLANDA.

Holanda es actualmente uno de los pocos países donde se encuentra regulada la eutanasia.

"El consenso alcanzado a finales de 1993 por los partidos políticos para despenalizar algunos casos de eutanasia activa en Holanda tiene una larga historia. Durante casi dos décadas se han mantenido debates a todos los niveles sociales, tanto dentro como fuera del parlamento y las coaliciones y partidos políticos, que durante ese periodo han gobernado Holanda (socialistas, liberales y cristiano-demócratas), han presentado diferentes propuestas para la regulación de la eutanasia activa a petición del paciente, llegando finalmente a un acuerdo que cristalizó en la aprobación de una enmienda a la Ley de Inhumaciones e incineraciones.

ANTECEDENTES

En 1989 el gobierno holandés (democristianos y socialdemócratas) creó una comisión de letrados y médicos independientes, presidida por el

Catedrático J. Remmelink (que hasta 1992 ejerció el cargo de Fiscal General del Tribunal Supremo de los Países Bajos) para que investigase la práctica de la eutanasia en Holanda. En septiembre de 1991, esta comisión presentó su informe al Ministro de Justicia, Ernst Hirsch Ballin, y al Secretario de Estado de Bienestar, Sanidad Pública y Cultura, H.J. Simons. Los resultados del informe fueron publicados en la revista médica *The Lancet* del 14 de Septiembre de 1991.

Desde 1990 una directriz de la Fiscalía General de los Tribunales de Justicia preveía que cualquier caso de eutanasia o de auxilio al suicidio debía ser comunicado al médico forense municipal, quien a su vez habría de ponerlo en conocimiento del Fiscal para que éste determinara si la conducta podía ser castigada o no con arreglo al Código Penal. Con el fin de hacer extensivo este procedimiento a los casos en que interviene el médico para acortar la vida del paciente terminal o en una situación crítica sin expectativas, tanto si existe solicitud expresa de éste como si no existe, se elaboró un Proyecto de Ley para regular estas situaciones.

En el período parlamentario 1991-1992, el 10 de abril de 1992, se presentó ante la Segunda Cámara de los Estados Generales una propuesta de Ley para reformar el artículo 10 de la Ley de Inhumaciones e Incineraciones. El 9 de febrero de 1993 la Segunda Cámara (equivalente a nuestro Congreso de los Diputados), aprobó la regulación legal del procedimiento de notificación que se deberá seguir en los casos de eutanasia activa. El 30 de noviembre de 1993 la Primera Cámara (equivalente a nuestro senado), aprobó definitivamente la enmienda por la escasa diferencia de 37 votos a favor y 34 en contra, con visibles ausencias de Senadores socialistas y abstenciones de Senadores demo-cristianos.

¿QUÉ HA DE ENTENDERSE POR EUTANASIA?

Según el Código Penal holandés, la eutanasia se define como cualquier intervención médica activa encaminada a acortar la vida del paciente a solicitud expresa por éste.

LEGISLACIÓN.

El artículo 10 de la Ley de Inhumaciones e Incineraciones holandesa exige que, toda intervención médica encaminada a acelerar el proceso de defunción ha de comunicarse al médico forense municipal que lo denunciará al Ministerio Fiscal, el cual deberá juzgar en cada caso concreto si hay motivo para proceder a la persecución judicial o no.

PROCEDIMIENTO.

Los casos de eutanasia activa despenalizadas exigen que el médico, que colabore en el fallecimiento, rellene un cuestionario exhaustivo cuya formulación exacta está por determinarse mediante un Reglamento de Administración Pública que deberá ser debatido en las Cámaras legislativas.

El médico tiene que practicar una autodenuncia, por escrito, ante el médico forense municipal y éste, a su vez, poner en conocimiento del Fiscal el informe del facultativo y la causa de la muerte del paciente. En este informe han de recogerse los antecedentes médicos del paciente, la solicitud de eutanasia, la consulta del caso con otro médico colegiado y la práctica de la eutanasia. Se trata de comprobar exhaustivamente que la solicitud del paciente fue voluntaria, que la enfermedad solo podía tener como desenlace la muerte lenta y dolorosa, produciendo un deterioro en la calidad de vida del paciente difícilmente soportable y que la aplicación del método que se utilizó para finalizar la vida fue el correcto habiendo testigos de ello.

El cuestionario que deberá rellenar el médico que haya practicado la eutanasia se titula: " Materias de consideración para los médicos que realicen

**TEJIS CON
FALLA DE ORIGEN**

tratamientos, en relación con el aviso al forense municipal, de los fallecimientos como consecuencia de la aplicación de la eutanasia, la prestación de ayuda al suicidio o la intervención médica activa para acorta la vida sin petición expresa, referida en el artículo 10". Quedan aquí incluidos la eutanasia pasiva, la activa y el auxilio al suicidio aún cuando no exista en ninguno de los tres casos petición expresa del paciente. Los apartados II y III del formulario se refieren respectivamente a la "Solicitud".

Pendiente de discusión en las Cámaras, el borrador del informe que ha de presentar el médico que intervenga en los casos de eutanasia trata los siguientes temas:

I. Historial Clínico:

1.- ¿Cuál era la naturaleza de la enfermedad o, en su caso el diagnóstico principal?

2.- ¿Cuánto tiempo llevaba el enfermo padeciéndola?

3.- ¿Qué tipo de intervención médica (medicamentos, terapéutica, u operación) se llevó a cabo?

4.- ¿Quiénes eran los médicos que asistieron al paciente, dónde se les puede localizar y cuáles fueron sus diagnósticos?

5.- ¿Se trataba de un sufrimiento físico y/o psíquico tan serio que se volviese insoportable para el paciente y que como tal podía llegar a experimentar?

6.- ¿Se encontraba el paciente en una situación crítica irreversible, y era inevitable su muerte?

a. En esa situación, el paciente ¿había llegado por último a un extremo tal que, según criterio médico, era de esperar la degeneración humana cada vez más progresiva del paciente, y/o una agudización aún mayor del sufrimiento que ya se advertía insoportable?

b. ¿Era de prever que (en adelante) el paciente ya no estaría en condiciones de hallar una vida digna?

c. ¿Dentro de qué plazos esperaba usted que se produjera el fallecimiento del paciente de no haber recurrido a la aplicación de la eutanasia, la prestación de ayuda al suicidio o la intervención médica activa para acortar la vida sin petición expresa del paciente?

7.- ¿Qué posibilidades contempló o empleó usted para evitar que el sufrimiento del paciente se hiciera insoportable? (¿Había alguna posibilidad de hacer más soportable el sufrimiento del paciente?) Y ¿Habló usted de estas posibilidades del paciente?

II. Solicitud voluntaria de finalización de la vida.

1.- ¿Se trata de una solicitud verdaderamente manifiesta y por decisión propia, hecha con total libertad por el paciente?

a. Mediante la información adecuada (proporcionada por usted) referente al curso de la enfermedad y el modo de finalización voluntaria de la vida, y

b. Tras discusión de las posibilidades mencionadas bajo el apartado 1.7. ?

2.- Si se trataba de una petición del paciente, ¿cuando y en presencia de quienes tuvo lugar la petición? ¿Había otras personas allí presentes?

3.- ¿Existe una declaración de su voluntad por escrito? En caso afirmativo adjunte la declaración a este informe.

4.- En el momento de la petición, ¿era el enfermo plenamente consciente del significado de su petición, y de su propia situación tanto física como psíquica? ¿De qué se deduce?

5.- ¿Consideró el paciente alguna otra alternativa, además de la eutanasia? En caso afirmativo, indique cuáles. En caso negativo, explique el porqué.

6.- ¿Existió alguna influencia por parte de otras personas, al tomar usted y el paciente la decisión? ¿De dónde se deduce?

III. Intervención médica activa para acortar la vida sin petición expresa.

1.- ¿A qué se debe la ausencia de una petición expresa por parte del paciente?

2.- En alguna fase anterior de la enfermedad ¿se habló con el paciente acerca de la finalización activa de la vida? En caso afirmativo, ¿cuál fue su opinión?

3.- ¿Se consultó a los allegados acerca de la finalización activa de la vida del paciente? En caso afirmativo, ¿a quién se consultó? Y ¿Cuál fue su opinión? En caso negativo, ¿por qué no les consultó?

IV.- Consultas con otros médicos.

1.- ¿Qué otro médico (especialista o de cabecera) consultó usted? Si lo consultó, indique su nombre y dónde se le puede localizar. (Si consultó a varios médicos, indique sus nombres y donde se les puede localizar).

2.- ¿Cuáles fueron las conclusiones de este/ estos médicos/ consultados? En todo caso, con respecto a los puntos mencionados bajo los apartados I.6 y I.7.

3.- ¿Vio este (otro) médico al paciente? En caso afirmativo, ¿cuándo? y/o ¿en qué fundamentos basó este (otro) médico sus conclusiones?

V. Aplicación de la finalización activa de la vida.

1.- ¿Quién aplicó la finalización de la vida? Y ¿de qué forma?

2.- Previamente, ¿fue recabada alguna información sobre el método a emplear? En caso afirmativo, ¿dónde? y/o ¿de quién?

3.- La forma de morir ¿fue la que lógicamente cabe esperar con arreglo al eutanásico administrado?

4.- Durante su administración, ¿quiénes estuvieron presentes?

Y ¿dónde se les puede localizar?

El contenido de este formulario va especialmente dirigido a comprobar que la declaración del paciente solicitando la aplicación de la eutanasia ha sido completamente voluntaria, reiterada y bien meditada. Cuando falte esta declaración por escrito el médico deberá demostrar que en una fase anterior habló

con el paciente o con sus familiares sobre la posibilidad de aplicar la eutanasia activa y que fue solicitada verbalmente.

Con este sistema de autodenuncia el Ministerio Fiscal podrá decidir si ha lugar o no a la persecución penal. Salvo en los casos en que medie la solicitud expresa del paciente, en principio se procederá a su persecución de oficio. El juez podrá acceder a la verificación de cada caso de eutanasia a través de la declaración en el formulario de autodenuncia del médico que, como se puede apreciar, es exhaustivo, y probablemente su redacción definitiva será aún más cuidadosa.

Ante la polémica levantada por esta ley, el Ministro de Justicia afirmó ante el Parlamento que se perseguirá automáticamente al médico en todos los casos en que el paciente no haya solicitado explícitamente la práctica de la eutanasia. Así mismo el Gobierno prometió que controlará estrictamente el cumplimiento del procedimiento de autodenuncia, castigando los casos en que ésta no exista. También se arbitrarán garantías adicionales para la protección de la vida de los pacientes incapaces de expresar libremente su voluntad".⁶³

Como se podrá advertir, en Holanda no existe propiamente una ley de eutanasia en realidad sólo se ha puesto en vigor, el 1 de junio de 1994, el Reglamento de Administración Pública sobre la denuncia de casos de eutanasia practicada en estado de necesidad, realizando una enmienda al artículo 10 de la Ley sobre la Inhumación e Incineración.

En ese sentido, Díaz Aranda ha puntualizado que en virtud de que la opinión pública ha tenido confusiones al respecto, esto es, sobre la existencia de una ley de eutanasia en Holanda, para aclarar malos entendidos El Ministerio de

⁶³ RODRÍGUEZ NUÑEZ, Alicia. *La Eutanasia Activa en la Legislación Holandesa*. Boletín de la Facultad de Derecho de la U.N.E.D. NO. 6 Verano/ otoño, 1994, p.127-132.

Justicia Holandés ha emitido un comunicado de prensa, mismo que se transcribe íntegro:

"Liesbeth Rensman

070-370 66 98.

Comunicado de Prensa

11-05-1994

El 1o. de junio entrará en vigor el procedimiento de denuncia obligatoria de eutanasia.

El 1o. de junio de 1994 entrará en vigor el Reglamento de Administración Pública en Estado de Necesidad (excepción penal de fuerza mayor). Todos los casos de eutanasia, y cualquier forma de asistencia a la terminación de la vida por médicos, deben ser denunciados obligatoriamente al Fiscal quien deberá juzgar en cada caso concreto si hay motivo para proceder a la persecución penal. A partir del 1o. de junio de 1994 la denuncia debe formalizarse según un procedimiento fijo descrito en un Reglamento de la Administración Pública. El fundamento legal de dicho procedimiento de denuncia está recogido en el artículo 10 de la Ley Reguladora de la Inhumación y la Incineración, según el texto refundido del 2 de diciembre de 1993 (Boletín Oficial del Estado Holandés número 643). El Decreto de 29 de abril de 1994 (BOEH número 321) estipula que la ley reformada, así como el procedimiento de denuncia basado sobre la misma, entrarán en vigor el 1 de junio de 1994.

Verificación penal.

De acuerdo con el procedimiento de denuncia, el Fiscal verificará cada caso de eutanasia según los preceptos legales, que penalizan la eutanasia y la

asistencia al suicidio (al igual que el asesinato y el homicidio), así como con la jurisprudencia existente sobre la materia. DE MODO QUE LA LEY SIGUE PENALIZANDO LA EUTANASIA. El fiscal podrá estimar la invocación por el médico de un estado de necesidad o de fuerza mayor - excepciones generalmente reconocidas en la legislación holandesa. En ese caso el médico saldrá impune. Si, en cambio, el Fiscal resuelve que no debe estimarse la invocación de un estado de necesidad o de fuerza mayor procederá normalmente a la persecución. Esto será siempre el caso cuando se trate de casos de eutanasia que se hayan producido sin que mediara la solicitud expresa del paciente. En estos casos decidirá el Juez.

Solicitud expresa del paciente.

Elemento central en la regulación es la solicitud expresa e insistente del paciente de terminar su vida. El médico debe asegurarse de que la solicitud hecha por el paciente que no tenga perspectivas de mejora, habiéndose agotado todas las posibilidades de tratamiento, y que sufra insoportablemente, haya sido completamente voluntaria. Además, la solicitud debe haber sido bien meditada, muy insistente y repetida. El médico debe consultar a otro médico independiente sobre la solicitud, debe haber sido bien meditada, muy insistente y repetida. El médico debe consultar a otro médico independiente sobre la solicitud del paciente.

El médico formulará su informe atendiendo a determinados puntos de atención y lo enviará al médico forense municipal, este, a su vez, informa al Fiscal encargado de verificar el procedimiento.

Puntos de atención.

El formulario por el cual el médico formaliza su denuncia contiene puntos de interés que le guiarán en la redacción de su informe sobre la eutanasia

practicada mediando o no la solicitud expresa del paciente, o sobre la asistencia al suicidio.

La Comisión Rimmelink.

El decreto que recoge la nueva regulación está parcialmente basado sobre el informe de la Comisión que ha investigado la práctica de la eutanasia en Holanda. Esta Comisión que toma su nombre de su Presidente Rimmelink, concluyó en su informe, publicado en septiembre de 1991, que la práctica existente de denuncia al médico forense municipal y la verificación posterior del Fiscal constituye un procedimiento viable. En su dictamen la Comisión recomienda transformar el procedimiento de denuncia, introducido en noviembre de 1990, en un procedimiento obligatorio.

Información.

El Ministerio Fiscal y todos los médicos de Holanda serán informados sobre el contenido del procedimiento.

Número de denuncias.

Desde la introducción, en noviembre de 1990, del procedimiento de denuncia de eutanasia y asistencia al suicidio, los médicos se muestran más dispuestos a denunciar los casos de eutanasia en los que hayan intervenido.

En 1991 se denunciaron 591 casos, de los cuales uno fue motivo de persecución.

En 1993 se denunciaron 1,323 casos, con catorce casos de persecución.

Hasta el 1o. de mayo de 1994 se denunciaron 452 casos, con tres casos de persecución.

A modo de comparación: en el mismo periodo del año pasado se registraron 428 denuncias y dos casos de persecución.

Actualmente la referida Ley sobre la Inhumación e Incineración, establece:

Art. 10. 1. Si el médico forense municipal opina que no debe extender el certificado de defunción, inmediatamente informa al Fiscal mediante la cumplimentación de un formulario, establecido mediante disposición normativa con fuerza de ley, y además inmediatamente avisa al funcionario del Registro Civil. La propuesta para la disposición normativa, citada en el párrafo anterior, será efectuada por nuestro Ministro de Bienestar, Sanidad Pública y Cultura.

2. La disposición normativa con fuerza de ley, citada en el párrafo anterior, entra en vigor a partir de los tres meses después de la fecha de su publicación en el Boletín Oficial. Su publicación será inmediatamente comunicada a las dos Cámaras de los Estados Generales.

Baste para nuestra investigación saber que no existe en Holanda una ley de despenalización de la eutanasia y, por otra parte, que los problemas que en la práctica médica se presentan en torno al homicidio solicitado por los pacientes, se resuelven a través de una causa de justificación: el estado de necesidad".⁶⁴

5.2. ESPAÑA.

"Dejando los pronunciamientos religiosos, en España, el 1o. de octubre de 1984, el Instituto Nacional de la Salud (Insalud), dispuso un Plan de Humanización de la Atención Sanitaria y en febrero de 1985 la Generalitat de Cataluña promulga la

⁶⁴ DÍAZ ARANDA, Enrique. Ob. Cit., pp. 89-93.

Carta de los Derechos de los Enfermos Atendidos en los Centros Hospitalarios del Institut Catalá de la Salut. De ahí que los médicos se hayan organizado para crear comités éticos en los hospitales con el fin de consultarlos sobre qué hacer en casos especialmente conflictivos en los que los principios éticos de su profesión son muy difíciles de cumplir.

En efecto, el proceso de una muerte solitaria, lenta y con sufrimientos es una de las mayores preocupaciones de la población española. De ahí que en la encuesta realizada por el Centro de Investigaciones Sociológicas, en noviembre de 1993, el 66% se pronunciara a favor de permitir a los médicos que priven de la vida a los enfermos incurables que lo soliciten.

En España, el Grupo de Estudios de Política Criminal después de múltiples pronunciamientos, emitió el manifiesto que, debido a su importancia, transcribo a continuación:

"Manifiesto en favor de la disponibilidad de la propia vida.

1. El artículo 10.1 de la Constitución Española de 1978 expresa las características fundamentales del Estado Democrático de Derecho, afirmando que "La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social.

Los derechos fundamentales de la persona proclamados en la Constitución son, pues, inherentes a su dignidad y la dotan de contenido material. No pueden, por tanto, ser entendidos de forma contradictoria con lo dispuesto en el mencionado precepto, que ha de ser considerado como "tipo rector" de la interpretación constitucional de los derechos y libertades. En otros términos: los derechos fundamentales de la persona emanan de la proclamación de su dignidad como

fundamento del orden político y de la paz social, y de conformidad con los valores superiores del ordenamiento jurídico proclamados en el artículo primero de la norma fundamental.

2.- La vida, como objeto de protección penal, no presenta, en principio, ningún problema desde el punto de vista de su reconocimiento constitucional: el artículo 15 proclama taxativamente que "todos tienen derecho a la vida".

Una interpretación integradora de vida y libertad y, por consiguiente, una interpretación del artículo 15 a la luz del libre desarrollo de la personalidad obliga a considerar que la vida impuesta contra la voluntad de su titular no puede merecer en todo caso el calificativo de bien jurídico protegido. En otros términos: la vida es un derecho, no un deber. Debe con ello ser rechazada una ficticia confrontación entre vida y libertad que se pretenda resolver apelando a la prevalencia formal de una sobre otra, en base a criterios tales como la ordenación sistemática, la intensidad de la tutela penal o la prioridad biológica- natural.

3.-La regulación jurídico-penal de las conductas relacionadas con el suicidio ha de ser abordada, pues, desde una perspectiva que descansa en los principios anteriormente proclamados y, por consiguiente, afirme el reconocimiento de la disponibilidad sobre la propia vida y, correlativamente, el derecho a morir.

La vigente redacción del artículo 409 del Código Penal resulta, a la luz de lo afirmado, sumamente insatisfactoria.

4.- Sin embargo, la especial importancia de la vida, la irreversibilidad de las consecuencias de la decisión, la eventual implicación de terceros y la vulnerabilidad de los procesos de toma de decisión en determinadas situaciones y etapas vitales hacen necesario adoptar cuantas medidas sean posibles en orden a garantizar la plena libertad de la voluntad.

5. Lo hasta aquí afirmado pretende tener virtualidad sobre las conductas tradicionalmente calificadas de "eutanasia". La actividad médica ha de tender, en todo caso, a lograr la continuidad de la vida, salvo voluntad contraria del paciente en los términos anteriormente señalados. Sin embargo, los límites del deber de tratamiento médico no pueden estar determinados únicamente por las posibilidades técnicas del mantenimiento de la vida, sino que éste ha de fundamentarse en una finalidad curativa, incompatible con estados irracionales y degradantes de mantenimiento y prolongación de la existencia.

En ningún caso deberán ser punibles los siguientes supuestos:

1.- La conducta del médico que interrumpe o deja de aplicar procedimientos terapéuticos tendientes a retrasar arbitrariamente el momento de la muerte prolongando artificialmente la agonía respecto de una persona carente de perspectivas de curación o mejora.

2.- La actividad médica que aplica procedimientos analgésicos que pudieran producir el efecto de un acortamiento de la vida en un enfermo con pronóstico terminal.

3.- La provocación de la muerte a petición expresa y seria del afectado para poner fin a una situación de sufrimiento o dolor, grave e irreversible, no soportable ya por el sujeto, que no pueda ser suprimida por medios distintos.

4.- Merecen seria consideración otras hipótesis en las que la persona pudiera encontrarse ante situaciones vitales insoportables.

**TEJIS CON
FALLA LE ORIGEN**

Dos años después, este Grupo presentó la propuesta de reforma a: la Ley General de Sanidad; la Ley de Regulación de Contrato de Seguro y, el Código Penal.

Sin embargo, en torno a la despenalización de la denominada eutanasia, no faltan pronunciamientos de extrema prudencia para evitar posibles abusos, por citar algunos: GONZALO HERRANZ, RAMÓN RODRIGUEZ, RAMÓN RODRIGUEZ ARRIBAS, MIGUEL BAJO FERNÁNDEZ.

En este contexto y continuando al frente del Gobierno D. FELIPE GONZALEZ, los problemas de los enfermos terminales y sujetos con graves minusvalías parecen haber llamado finalmente la atención del legislador penal que, después de librar una serie de noticias en todos los sentidos, dio a conocer el Proyecto de Ley Orgánica del Código Penal de 1992, siendo importante para nuestro estudio el artículo 143.

Artículo 143.

- 1.- El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años.
- 2.- Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona.
- 3.- Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegare hasta el punto de ejecutar la muerte.
- 4.- El que causare o cooperare activamente con actos necesarios a la muerte de otro, por la petición expresa y seria de éste, en el que la víctima sufriera una enfermedad grave que hubiera conducido necesariamente a su muerte, o que

produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo.

Se debe resaltar la disminución de la pena prevista para el homicidio consentido de enfermos terminales o con graves minusvalías. Ello fue motivo de opiniones encontradas tanto en la opinión pública como entre los diferentes grupos parlamentarios. Así, mientras que el Grupo Mixto-AIC rechazaba la atenuación, otros, como el Grupo Popular, el Grupo Socialista o el Grupo Parlamentario Vasco - PNV, consideraban necesario disponer más requisitos para la atenuación de la pena, hasta llegar a la propuesta del Grupo IU-IC de sustituir el artículo 149.4 por uno nuevo; el artículo 149 bis.

Artículo 149 Bis.

Quedará exento de pena quien, mediante actos necesarios o de cooperación activa, permitiere, propiciare o facilitare la muerte digna y sin dolor de otra persona, a petición expresa y debidamente acreditada de ésta, en caso de que sufriera una enfermedad grave que hubiera conducido necesariamente a su muerte o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar.

Finalmente, y siguiendo en el poder el Partido Socialista Obrero Español, en el actual Proyecto de Ley Orgánica de Código Penal de 26 de Septiembre de 1994, se recogieron exclusivamente las propuestas del Grupo Parlamentario socialista, quedando redactado en los siguientes términos:

Artículo 143.

1.- El que induzca al suicidio de otro será castigado con la pena de prisión de cuatro a ocho años.

2.- Se impondrá la pena de prisión de dos a cinco años al que coopere con actos necesarios al suicidio de una persona.

3.- Será castigado con la pena de prisión de seis a diez años si la cooperación llegare hasta el punto de ejecutar la muerte.

4.- El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que hubiera conducido necesariamente a su muerte o que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno de dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo".⁶⁵

5.3. AUSTRALIA.

Durante los últimos veinte años se efectuaron grandes intentos en Australia para autorizar la eutanasia, pero no fue sino hasta el año de 1995, cuando por fin tuvo acogida uno de tantos proyectos presentados para su aprobación, mismo que tendría una vigencia muy corta debido a la inmediata apelación que se promovió en su contra.

La historia de la gestación de la ley que ahora ha perdido eficacia, correspondió a un político reconocidamente conservador el rol de mentor y principal impulsor de la iniciativa parlamentaria devenida en ley: el líder del Partido Liberal y Jefe de Ministros del Territorio, Marshall Perron. La explicación de la aparente paradoja es tan sencilla como dramática: Perron había visto morir a su madre tras una lenta agonía, proponiéndose desde entonces evitar que sus conciudadanos atravesaran una experiencia semejante.

⁶⁵ *Ibidem*, pp. 66-74.

Lo cierto es que la norma en cuestión, registrada como "Acta de Derechos de los Enfermos Terminales de 1995" (Lex cit., Parte 1, Sección 2), hubo de sobrepasar los límites establecidos por todas las leyes y proyectos legislativos conocidos hasta el presente, si se exceptúa las normativas de regímenes totalitarios como el "Programa de Eutanasia" de la Alemania nacional-socialista de 1939.

La amplitud de las fórmulas empleadas en su redacción y la inclusión de preceptos tales como el que autorizaba que cualquier adulto -distinto de los médicos actuantes y desinteresado económicamente respecto de la muerte del paciente- pudiera suplir la incapacidad física del asistido en la formalización del certificado de requisitoria (Idem, Parte 2, sección 9), colocaba a este instrumento legal varios pasos por delante de iniciativas gestadas en los países de América del Norte, tales como el "Acta de la Muerte con Dignidad" del Estado de Oregon, Estados Unidos de Norteamérica, o el "Informe sobre Eutanasia y Suicidio Asistido" del Senado de Canadá.

La propia Holanda, pionera en materia de decisiones relativas a tan acuciante asunto, había resignado su puesto de vanguardia, tras la promulgación del Acta que motiva este comentario. En efecto, a diferencia de la difundida legislación de los Países Bajos, que se limita a contemplar la virtual justificación de tales intervenciones, sin despojarlas de relevancia penal, el estatuto australiano recientemente derogado declaraba que las prácticas médicas de asistencia al suicidio y de eutanasia activa directa sobre los cuales legisla, ejecutadas conforme a los recaudos previstos en su articulado, constituían -lisa y llanamente- un "tratamiento médico" (Ibidem, Parte 4, Sección 16).

Es preciso señalar algunos pasajes del instrumento legal sometido a póstumo examen, (obtenidos del Internet, tras la búsqueda íntegra del documento en cuestión, sin que se haya podido localizar el texto completo).

¿ Cuáles eran las circunstancias de operatividad que la ley australiana preveía? La respuesta radica en que "un paciente que, en el curso de una enfermedad terminal, experimentase dolor, sufrimiento y/o angustia en una medida inaceptable para él, puede requerir al médico actuante que lo asista para dar término a su vida" (Idem, Parte 2, sección 4). Por su parte, el médico requerido, en caso de reputarse satisfechas las condiciones que la ley estipulaba, "podrá asistir a poner término a la vida del paciente de acuerdo con las reglas del Acta, o, por cualquier razón y en cualquier tiempo, rehusarse a proporcionar dicha asistencia" lb., Sección 5)

La "asistencia" en cuestión incluía la prescripción de la sustancia, la preparación y entrega de la misma al paciente para su auto-suministro, así como su administración por parte del propio médico asistente (parte 1, Sección 3)

Recibido el requerimiento verbal de terminación de la vida de un paciente, el médico actuante, tras abastecerse del informe de un psiquiatra que aventaría, entre otras cosas, el riesgo de que aquél no se encontrase cursando un cuadro depresivo vinculado a su enfermedad, opinaría respecto de la existencia de "opciones de cuidado paliativo razonablemente disponibles para aliviar el dolor o el sufrimiento del paciente a niveles aceptables para el mismo" (Parte 2, Sección 8, párrafo 1). En tal caso, debería abstenerse de auxiliarlo en el suicidio o de eliminarlo de propia mano mediante el suministro de la sustancia prescrita y preparada al efecto.

Otro dato importante es el que señala que, el paciente que se quisiera acoger a la ley de la eutanasia, debe presentar tres certificados médicos de facultativos distintos en los que se confirme que se trata de un enfermo terminal, que no existe tratamiento para su mal y que esta en pleno uso de sus facultades mentales.

Un estudio en 'The Lancet' (información obtenida de Internet) revela que la ley promovió lo que quería evitar.

Australia: lecciones de un ensayo de legalización de la eutanasia.

Diario Médico. Jueves, 8 de octubre de 1998.

Unos pocos meses bastaron para ver que no servía.

DM Londres

Nueve meses duró la posibilidad jurídica de la eutanasia en el Estado de Territorio del Norte, en Australia, el único lugar del mundo donde esta práctica se legalizó propiamente. Una vez derogada, el último número de The Lancet publica un estudio de los siete casos que se acogieron a esta ley. El análisis revela que, aunque la ley enfocaba la eutanasia como una elección serena, fueron precisamente los más vulnerables quienes recurrieron a ella.

Se repiten los mismos datos de otros sondeos

DATOS RELEVANTES

Lecciones que se desprenden de 9 meses de legalización de la eutanasia en Territorio del Norte.

1. El dolor no fue la causa principal para solicitar la eutanasia.
2. Depresión, aislamiento, soledad o temor a ser una carga fueron los detonantes.
3. La depresión se detectó mal y se trató peor en cuatro de los siete casos.

4. El psiquiatra quedó reducido a un mero emisor de certificados: los pacientes recelaban de él y no se sometían a tratamiento.
5. No es fácil precisar cuándo un enfermo es terminal.

El Parlamento Federal revocó la Ley después de un concienzudo estudio.

5.4. ESTADOS UNIDOS.

La eutanasia a nivel mundial

Por el Padre Paul Marx, O.S.B., Ph.D.

Fundador y director ejecutivo de Human Life International.

(Información obtenida de Internet).

En 1988 la Sociedad para el Derecho a Morir (S.D.M.), originalmente llamada la Sociedad de la Eutanasia de los EE.UU., celebró el aniversario número 50 de su fundación. Entre sus primeros miembros estuvieron Margaret Sanger, quien había ya fundado la organización pro-abortista Paternidad Planificada, y el Pastor Episcopal Joseph Fletcher, quien ayudó a popularizar la "ética de situación" en los Estados Unidos, quien todavía es un vocero declarado tanto de la eutanasia como del aborto.

La recientemente formada sociedad tenía por objeto la legalización de la muerte "por piedad" para aquellos que sufrieran dolor intolerable y quisieran morir, y en enero de 1938 introdujo un proyecto de ley en la legislatura del Estado de Nueva York. Aunque desde entonces ha cambiado tanto su nombre como sus tácticas, sus objetivos siguen siendo los mismos. Probablemente ella inspiró un

cierto número de proyectos de ley para la "muerte por piedad" que aparecieron en las legislaturas de cuatro pequeños estados entre 1969 y 1977. Ellas se asemejaban las unas a las otras y a un proyecto de ley británico de 1967. Todos fueron desechados, aunque un proyecto de ley en Montana fracasó por un solo voto.

Durante muchos años la Sociedad fue pequeña y relativamente inactiva, pero al surgir el "Testamento en Vida" ("Living Will") en 1967, abrió con mucho éxito una nueva fase en su carrera. El año 1967 también vio la fundación de una sociedad afiliada, libre de impuestos, hoy llamada "Preocupación por los Moribundos" ("Concern for the Dying"-CFD), que se describe a sí misma como "el Consejo Educativo para el Testamento en Vida". Con un enfoque muy sofisticado, trabaja para influenciar la opinión en las profesiones, en las comunicaciones y en el público en general.

El "Testamento en Vida" es un documento legal, en el cual un adulto competente ordena que cualquier tratamiento que prolongue la vida no le sea aplicado a él en ciertas circunstancias. En 1976 California aprobó la primera ley del "Testamento en Vida" en el país, misma que la S.D.M. inmediatamente catalogó como "sobrecargada con restricciones y limitaciones". Por ejemplo, sólo se hace operativa después que se ha diagnosticado al declarante como enfermo de muerte por dos médicos competentes; si la paciente está embarazada no tiene efecto mientras el embarazo subsista; y expira después de cinco años, aunque puede ser renovada por otros cinco, tantas veces como el paciente lo desee. Después de sólo catorce años, esta ley parece solamente una pieza de museo al lado de los estatutos posteriores, que muestran una inclinación más pronunciada a favor de la muerte y que aumentan los llamados "derechos del paciente" a costa de las salvaguardias del paciente.

Algo similar ocurrió después que California aprobó la primera ley del Poder Notarial de Duración Indefinida (P.N.D.I.) para el cuidado de la Salud (1983),

poder por el cual el declarante nombra un apoderado para que lleve a cabo sus deseos expresos y para que tome cualquier otra decisión necesaria, en caso de que él quede incapacitado. De nuevo, hay algunas restricciones: por ejemplo, el apoderado no puede ordenar un aborto, una esterilización, un tratamiento de shock o una psico-cirugía. Desde entonces, la mayor parte de los otros Estados simplemente han extendido sus P.N.D.I. para las propiedades, y para tomar decisiones acerca del cuidado de la salud - poniendo de esta manera implícitamente la vida y la propiedad en el mismo nivel, como el "Testamento en Vida" que también lo hace, aunque la vida es más fundamental que la propiedad. Muchas de las provisiones y restricciones en los P.N.D.I. para la propiedad no son aplicables al cuidado de la salud, los P.N.D.I. para esta última se transforman en la práctica en un poder sin restricción alguna. El público no se da pronta cuenta de que lo que la mayor parte de la gente cree ser el fin, puede sólo ser el principio para el movimiento de la eutanasia.

El hito que marcó el caso Herbert (1981) proporcionó mayor campo para las actividades de S.D.M. Dos doctores que habían ordenado la remoción de tubos alimenticios (tubos de suero) de un hombre de mediana edad, que había estado inconsciente por sólo cinco días luego de una cirugía rutinaria del abdomen, fueron acusados de asesinato cuando el hombre murió seis días después que los tubos le fueron removidos. Sin embargo, el juez falló que no existía base para someterlos a juicio. S.D.M. trabajó en defensa de los doctores, aunque hasta entonces sus esfuerzos habían sido mayormente en el campo legislativo. Ahora, sin embargo, expandió e intensificó sus esfuerzos legales para obtener reconocimiento para el, así llamado, "derecho" de los pacientes incapacitados (usualmente, aunque no siempre, inconscientes), de que se les retiraran sus alimentos y líquidos a petición de sus parientes. En la mayor parte de los casos en que la S.D.M. ha intervenido, el "derecho a morir del paciente", ha sido invocado.

La cuestión ha alcanzado una crisis en el caso de Nancy Beth Cruzan, ante la Corte Suprema de los Estados Unidos. Hay evidencia médica conflictiva sobre si Nancy, una mujer joven que se encontraba recluida en una clínica, estaba o no en un estado vegetativo persistente (E.V.P.). Ella no estaba enferma de muerte, y podía vivir muchos años si se le continuaba proporcionando comida y líquidos. La provisión de éstos por medio de un tubo gastrostómico (instalado para conveniencia del personal médico) era mínimamente invasiva y no era materia mayor en el costo total de su cuidado. Era esencial para ella sin embargo, y el removerlo como trataban de hacer los parientes de Nancy, inevitablemente causaría su muerte.

Un reportaje publicado sobre un grupo de doctores reunidos por S.D.M. (1985) decía, que cuando un paciente completamente demente rechaza la comida y el agua por la boca, no es necesario administrar éstos por ninguna otra vía. Pero la muerte por hambre y deshidratación puede ser un proceso largo y penoso, tanto de sufrir como de ver. Las inyecciones letales que quiere la Sociedad Hemlock serían más rápidas, baratas, limpias y por supuesto, más "misericordiosas y suaves".

La Sociedad Hemlock, fundada en Los Angeles (1980), tiene por objetivo la legalización del suicidio ayudado por el médico para los enfermos de muerte. En 1983, incluía también a "los enfermos graves que son incurables". Este último objetivo ha sido excluido de la literatura del grupo, aunque quizás no de sus objetivos. Dereck Humphry, co-fundador y presidente de la Sociedad Hemlock, es también presidente ahora de la Federación Mundial de Sociedades para el Derecho a Morir. El era periodista en Inglaterra y tuvo que marcharse de ese país para que las autoridades no le acusaran de haber dado muerte a su primera esposa. Ella tenía cáncer en su etapa final y el doctor Humphry le administró una droga letal que ella había pedido.

En los últimos diez años, la Sociedad Hemlock ha promovido su causa a través de un habilidoso uso de los medios de comunicación. Fundó una editorial para imprimir libros sobre la eutanasia para el público, y ha auspiciado conferencias en las cuales han participado líderes del movimiento pro-eutanasia de ambos hemisferios. Su hoja informativa comúnmente contiene información acerca del uso, los efectos y la disponibilidad de fármacos que pueden ser usados oralmente para la "auto-liberación" (el suicidio), e historias sobre miembros que han "ayudado" a una persona "amada" a morir.

Muchas personas tienen dificultades en creer que haya una conexión entre el aborto y la eutanasia, pero Humphry no es uno de ellos. En un debate televisado en 1988 dijo: "Roe V. Wade (el fallo que legalizó el aborto en EE.UU.), abrió la puerta para la legalización de la eutanasia en este país, y yo estoy orgulloso de ello".

La rama política de la Sociedad Hemlock es "Norteamericanos contra el Sufrimiento Humano", la cual propuso una ley para una "Muerte Misericordiosa y Digna", para que las legislaturas de los Estados la aprobaran. Como no muchos políticos están preparados para arriesgarse a auspiciar una ley legalizando la eutanasia administrada por un doctor, la Hemlock ha elegido trabajar a través del proceso de referéndum. Se inserta una proposición firmada por un número suficiente de votantes inscritos en un Estado determinado en la boleta electoral de ese Estado, para ser aprobada o rechazada en el día de las elecciones. La Hemlock fracasó en conseguir suficientes firmas para colocar la propuesta en la votación de California en 1988, pero planea tratar de nuevo. Está también recogiendo firmas en Oregon y Washington, dos Estados cuyas pequeñas poblaciones tienen la más baja tasa de afiliación a alguna iglesia en todo el país. Humphry predice que si un Estado aprueba esta ley, los demás también lo harán, lo cual es muy probable. (Nota de redacción: el Estado de Oregon legalizó el suicidio asistido mediante un referéndum en 1994.)

CAPITULO VI

LA NECESIDAD DE LEGALIZAR LA EUTANASIA EN MEXICO.

"... Existen cosas más preciadas que la vida... Vivir no es algo necesario, pero sí lo es vivir dignamente... Ni el infortunio ni un destino adverso deben desalentarnos para continuar viviendo, en tanto que pueda vivir dignamente como corresponde hacerlo a un hombre"

Emanuelle Kant.

6.1. ARGUMENTOS DEFENSORES DE LA EUTANASIA.

En nuestra sociedad generalmente existe un buen argumento a favor de aquello que implica un cambio que rompa con la tradición, y por otro lado, una docena de argumentos (no tan buenos) en contra de ello, en ese sentido, la legalización de la eutanasia sería un ejemplo.

El argumento poderoso a favor de la eutanasia, es permitir al paciente poner término a sufrimientos innecesarios y degradantes que no le permiten llevar una vida digna, sino de dolor y agonía, situación que atentaría contra el libre desarrollo de su personalidad y su dignidad como persona humana, evitando así ser sometido a un encarnizamiento terapéutico, ante los avances de la ciencia médica, y el deseo de los médicos de mantener con vida a un ser sin esperanzas de recuperación. De esta manera, es como surge la necesidad de legalizar la eutanasia

a efecto de aprobar el ejercicio de una muerte digna, bajo condiciones estrictas que impidan su abuso.

Ahora bien, por lo que se refiere a los argumentos contrapuestos, es común encontrar su fundamento en el hecho de que el médico tiene como función la de salvar vidas y no destruir las. Sin embargo, como ya ha quedado puntualizado en el presente estudio, dicha proposición que al parecer luce razonable, al reflexionar seriamente sobre ella, emergen excepciones a la regla, dependiendo de las circunstancias de cada caso. Así, la iglesia católica señala en relación al sufrimiento y al uso de analgésicos que a pesar de la valoración de éste, no se puede pedir una actitud heroica al enfermo, y la prudencia cristiana aconseja el uso de medicamentos que alivien el dolor, aunque como efecto secundario acorten la vida del paciente. Sin duda existen logros en la conquista del dolor, pero esta no ha sido completa, más aún cuando el dolor físico no constituye el único sufrimiento y va acompañado de otros malestares inevitables como el vómito incontrolable, la incontinencia de esfínteres, deglución dolorosa, etcétera. En ese sentido, el médico al aplicar narcóticos y sedantes para aliviar o reducir el dolor, cuando con dicha conducta se acorta necesariamente la vida del paciente, dicho galeno está practicando la eutanasia, aunque estrictamente no se trate de una eutanasia voluntaria.

Tradicionalmente, el médico ha sido el defensor de la vida, ya Hipócrates había previsto la posibilidad de que un paciente con enfermedad incurable en su fase terminal, pidiese al médico le ayudara para morir, ante cuyas súplicas el médico no se debería dejar inducir, ni a suministrar veneno, ni aconsejarle tales circunstancias. Sin embargo, la realidad es otra y si bien la misión del médico es salvar vidas, esto no es posible siempre, ya que hoy en día los avances de la ciencia médica permiten aplicar terapias que son eficaces para combatir el dolor, prolongar la vida del enfermo, pero ineficaces para curar, con lo cual dicha misión se traduce en curar a veces, aliviar a menudo y consolar al enfermo incurable y cuando la enfermedad de éste ha llegado a su fase terminal,

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

debe ayudarle a morir. El hombre tiene un derecho a la vida, lo que le permite luchar contra la muerte, pero cuando la naturaleza humana cumple su ciclo vital, ya de modo natural o por accidente, llega un momento en que el hombre tiene que aceptar la muerte y el derecho de decidir su propia muerte.

“ El problema se torna particularmente difícil cuando el sujeto sufre intensamente y la muerte no parece inminente. Es por ejemplo la situación de un paciente con cáncer inoperable de la faringe. Durante meses experimenta dificultades para deglutir, con intenso dolor. El proceso invade la laringe, añadiéndose dificultad respiratoria y para la articulación de las palabras. Los narcóticos ya no son efectivos. Su mente está clara y anticipa la miseria de varias semanas o meses, con terribles sufrimientos para él y de angustia para los familiares y médicos tratantes. Variando las entidades clínicas la historia se repite sin cesar. Muy pocos expresan directamente su deseo de morir. ¿ Cuántos no lo guardan en secreto? Muy pocos médicos se atreverían a tomar la responsabilidad de suprimir la vida del paciente en estas circunstancias, por el temor a violar disposiciones legales. Para remediar esta situación estamos urgidos de una legislación adecuada.”⁶⁶

Algunos autores que se manifiestan en contra de la eutanasia, señalan que la legalización de ésta podría traer como consecuencia que se llegaran a cometer actos criminales en pacientes que no han expresado su consentimiento o bien son incapaces de expresar su deseo de morir, como el caso de sujetos con deformidades, niños idiotas y personas seniles. Esta objeción no tiene seriedad alguna, ya que bastaría analizar las circunstancias bajo las cuales podría ser practicada la eutanasia, para determinar que dichos supuestos no podrían presentarse, además que tratándose de dichas personas, lejos de practicarles la eutanasia se estaría cometiendo un verdadero crimen, que ante ninguna circunstancia podría escudarse dentro del término eutanasia. Es por ello, que todo fundamento para legalizar la eutanasia parte de la delimitación del concepto que se

⁶⁶ I.EÓN C., Augusto. *Ética en Medicina*. Ed. Científico-Médica. Barcelona, 1973, pp. 249-250.

tenga de la misma. Si bien, cada caso en concreto crea problemas jurídicos diversos, en opinión muy razonable también es necesario dar solución a dicha problemática, mediante la determinación de las bases sobre las cuales se puede entender como eutanasia a determinada conducta, y que debido a los requisitos más rigurosos que deberán ser observados, el incumplimiento del más mínimo elemento dará lugar a la configuración de una conducta delictiva. No es justo, que existiendo en el mundo personas que claman se les deje morir en paz, presas de dolor y sufrimientos insoportables, no se legisle al respecto. Acertadamente Binet-Sangle dice que cuando el dolor es curable debe combatirse con la terapéutica y cuando es incurable con la eutanasia.

“Criterios tan opuestos justifican una profunda meditación. Los intensos esfuerzos destinados a mantener la vida han sido estigmatizados en forma muy apropiada con la frase: “prolongar la muerte, más que alargar la vida”. ¿Es correcto prolongar la existencia cuando realmente nos enfrentamos a una falsa imagen de vida? ¿Es adecuado administrar tratamientos vigorosos a sabiendas de que sólo conducen a prolongar un estado vegetativo? Aquí, se presenta la alternativa de escoger entre “cantidad” y “calidad”. Y ciertamente, no es razonable prolongar la existencia a expensas de mantener un alto grado de sufrimiento. Los intentos no razonables de mantener una caricatura de vida en un paciente moribundo o prácticamente muerto, ofenden las virtudes elementales de caridad y justicia.

Con frecuencia la profesión médica concentra sus esfuerzos de resucitación en situaciones de emergencia aguda que no dejan tiempo para meditar acerca del pronóstico, para días después llegar al convencimiento de haber realizado un tremendo pero inútil esfuerzo, el cual consumió horas de intenso trabajo e implicó en forma simultánea el desperdicio de horas útiles y un tremendo descalabro para los familiares del paciente y para la misma institución”.⁶⁷

⁶⁷ *Ibidem*, p. 257.

En relación, a los problemas morales que se han generado, el Papa Pío XII en 1957, año en que se pronunció a favor de la eutanasia en un discurso, argumentaba que cuando el tratamiento suministrado al paciente sobrepasaba los medios ordinarios, el médico y sus familiares no están obligados a emplearlos, siendo lícito suprimir la utilización de todo procedimiento artificial, ya mediante la petición del paciente, o de la decisión conjunta del médico y sus familiares del enfermo, en su caso. Por otro lado, la declaración del Papa Juan Pablo II, en mayo de 1980, ante la Congregación de la Doctrina de la Fe, al hablar de eutanasia, en el último apartado de su discurso, en el sentido de suprimir la terminología clásica de los medios ordinarios y extraordinarios, adopta la teoría de los medios proporcionados y desproporcionados, de tal manera que los medios empleados en el paciente serán de acuerdo a diversas circunstancias: riesgo, costo y probabilidades de éxito, etcétera. Así, rechazar, asumir o interrumpir el tratamiento dependerá de esta proporcionalidad y siempre que sea posible se debería contar con el consentimiento del enfermo. Sin duda con esta actitud asumida por el Papa, la sabiduría cristiana a dado un gran paso, fomentado por el conocimiento, la comunicación y la libertad de pensamiento, de conciencia y religión, existiendo con ello un reconocimiento a los derechos universales y las libertades fundamentales del hombre.

6.2. DERECHO A LA VIDA.

En principio hay que reconocer que el hombre tiene un derecho a la vida que le otorga la propia naturaleza, y por ende hay que aceptar que la muerte deviene un hecho natural, pues se encuentra indefectiblemente ligado a la naturaleza humana.

"En el lenguaje usual filosófico jurídico se emplea la expresión "derecho a la vida" para significar el derecho que tenemos a conservar nuestra

integridad corporal físico somática, nuestro ser sustancial, de modo que podamos cumplir plenamente nuestro destino. Alude, pues, al derecho que tiene todo hombre a mantener y conservar su vida plenaria, su salud corporal, su ser físico de hombre, todo lo cual constituye el requisito indispensable para poder llegar a ser lo que está llamado a ser".⁶⁸

Dicho en otras palabras, el derecho a la vida no es otra cosa sino la plenitud físico somática de que goza el ser humano para cumplir correctamente su destino, de tal manera que tiene derecho a no verse privado arbitrariamente o mermado irremediabilmente en sus posibilidades vitales, esto es, en sus facultades físicas y mentales, y con ello el derecho que tiene todo individuo a que nadie atente contra su existencia.

El derecho a la vida es sin duda un derecho universal que ha sido objeto de protección por diversos instrumentos jurídicos internacionales. En ese sentido, la Declaración Universal de los Derechos del Hombre, del 10 de diciembre de 1948, establece:

Artículo 3º. "Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona".

Por su parte el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales, del 4 de noviembre de 1950, señala:

Artículo 2º. "1. El derecho de toda persona a la vida está protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de su vida intencionalmente, salvo en ejecución de una condena que imponga pena capital dictada por un tribunal al reo de un delito para el que la ley establece esa pena.

⁶⁸ PUY, FRANCISCO. *Fundamento Ético – Jurídico del Derecho a la vida*. Revista Persona y Derecho. V. II.

2. La muerte no se considerará infringida con infracción del presente artículo, cuando se produzca como consecuencia de un recurso a la fuerza, que sea absolutamente necesario:

- a) En defensa de una persona contra una agresión ilegítima;
- b) Para detener a una persona conforme a derecho para impedir la evasión de un preso o detenido legalmente;
- c) Para reprimir, de acuerdo con la ley, una revuelta o insurrección".

La Convención Americana sobre Derechos Humanos, Capítulo II, establece:

Artículo 4º. "Derecho a la vida. 1. Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente.

2. En los países que no han abolido la pena de muerte, ésta sólo podrá imponerse por los delitos más graves, en cumplimiento de sentencia ejecutoriada de tribunal competente y de conformidad con una ley que establezca tal pena, dictada con anterioridad a la comisión del delito. Tampoco se extenderá su aplicación a delitos a los cuales no se les aplique actualmente.

3. No se restablecerá la pena de muerte en los Estados que la han abolido.

4. En ningún caso se puede aplicar la pena de muerte por delitos políticos ni comunes conexos con los políticos.

5. No se impondrá la pena de muerte a persona que, en el momento de la comisión del delito, tuvieron menos de dieciocho años de edad o más de setenta, ni se le aplicará a las mujeres en estado de gravidez.

6. Toda persona condenada a la muerte tiene derecho a solicitar la amnistía, el indulto o la conmutación de la pena, los cuales podrán ser concedidos en todos los casos. No se puede aplicar la pena de muerte mientras la solicitud esté pendiente de decisión ante autoridad competente".

Sin embargo, el derecho a la vida, tutelado por los instrumentos jurídicos mencionados, gira en torno a dos problemas esencialmente: la pena de muerte y la legítima defensa, y no así en cuanto a su disponibilidad por parte de su titular, cuando éste quiere suprimirla.

Ahora bien, considerando a la vida como un derecho universal que debe ser respetado y un bien en sí mismo, se puede hablar de tres clases de derechos humanos que protegen el derecho a vivir, a saber:

- a) Los derechos que se refieren a la conservación de la propia vida, es decir, fundamentalmente la garantía que todo individuo tiene a no ser privado en forma arbitraria de su vida, quedando excluidos los casos de legítima defensa y pena de muerte entre otros;
- b) Los derechos relativos a la protección de la integridad física de las personas. Verbigracia: la conservación de los órganos corporales, aún cuando se pueda disponer de ellos post-mortem; y
- c) Los derechos a la vida y la salud. Es en este apartado, donde surge la necesidad de hacer especial énfasis, en cuanto al derecho a la medicina se refiere, especialmente en aquellos casos cuyos pacientes, víctimas de una enfermedad

incurable en fase terminal o grave minusvalía, se encuentran sometidos a tratos inhumanos y degradantes ante los avances de la ciencia médica y el deseo de los médicos de mantener con "vida" a un ser sin esperanzas de recuperación, mediante el empleo de medios extraordinarios, y que resultan muy costosos y desproporcionados ante la imposibilidad de una recuperación exitosa del enfermo y sus más grande deseo de morir con dignidad.

Una situación fundamental en la actividad del médico, es que la decisión del enfermo o de sus parientes más cercanos, en cuanto a la aplicación de los medios extraordinarios para prolongar la vida, siempre debe ser respetada. Para lo cual el paciente y familiares, en su caso, deben estar debidamente informados, el médico no puede tomar una decisión o aplicar un tratamiento sin el consentimiento informado del paciente. Todo tratamiento médico al menos en los niveles más graves del paciente, debe estar acompañado por el consentimiento del enfermo, mismo que debe ser informado, voluntario y competente.

Es difícil tratar para el médico un problema complejo y universal, pero lejos de comprender lo que hasta el momento parece incomprensible, debe evitar sentimientos propios que le dificulten su ejercicio profesional, no debiendo permanecer al margen de la discusión, ya que uno de sus papeles es el de facilitar el tránsito de una vida deplorable al de la muerte y es precisamente aquí cuando el arte de la medicina debe ser manejado con la mayor pericia y sensibilidad. En ese sentido, el médico debe evitar la despersonalización traducida en la mera administración de sedantes y la lejanía con los familiares del moribundo, con su simpatía, tacto, prudencia y habilidad profesional puede evitar traumas familiares y hacer posible de una forma más fácil y adecuada el trance de la vida a la muerte.

Vida y muerte son las dos caras de la misma moneda, de tal manera que el derecho a vivir implica así también el derecho a bien morir, el derecho a morir con dignidad, el derecho a disponer de la propia vida.

6.3. DISPONIBILIDAD DE LA PROPIA VIDA.

En la práctica de la eutanasia existen múltiples argumentos que condenan continuamente toda acción directa tendiente a abreviar la vida del moribundo, alegando que se atenta contra el principio de la inviolabilidad de la vida humana anteponiendo otros valores por encima del valor vida, señalan que en caso de que se opte por su legalización se generará una arbitrariedad por parte de las autoridades, además se reprueba rotundamente toda consideración utilitarista de la vida. Sin embargo, esa valoración no impide plantear el problema que enfrenta el valor vida humana cuando entra en conflicto con el valor morir dignamente; en ese sentido no todas las situaciones eutanásicas pueden ser reprobadas moralmente, de tal manera que cuando el vivir humano se ve acompañado de un encarnizamiento terapéutico, de una agonía prolongada y sufrimientos notables, el valor morir con dignidad aparece como una alternativa mejor. De aquí que sea necesaria su regulación no sólo en los ordenamientos jurídicos internacionales, sino en el propio, sea a través de una regulación específica o mediante su inclusión al Código Penal.

Algunos autores manifiestan que la disponibilidad de la propia vida no encuentra fundamento. Por otro lado, hay quienes sustentan que el derecho a la plena disposición de la vida se deduce, sin duda del derecho a la vida. Más aún hay quienes manifiestan que uno de los pilares del Estado Liberal y de todo Estado Social y Democrático de Derecho, que lo no prohibido está permitido, de tal forma que si ningún ordenamiento jurídico prohíbe la disponibilidad de la vida por su titular, entonces se está ante un derecho.

Sin embargo, no se trata de entrar en discusiones que lejos de abordar la temática en cuestión, entorpecerían la finalidad del presente estudio. Aquí se trata de determinar y precisar en qué situaciones y bajo qué condiciones se debe permitir a una persona disponer de su propia vida, como un derecho específico y no

genérico, lo que por el contrario sí permitiría la comisión de diversas conductas contrarias a la moral y el derecho.

Como ha quedado establecido en capítulos precedentes, la eutanasia plantea un problema central en la propia definición, cuando la misma se realiza en consideración a la persona que muere procurándole un bien. En ese sentido es necesario precisar ¿Cuándo la muerte se convierte en un bien para la persona a quien se debe aplicar la eutanasia?, para lo cual es necesario referirse a la vida humana como un bien, de lo que indubitadamente se advierte que la disponibilidad de la vida, se deduce del derecho a la vida. Ahora bien, a pesar de que la vida es generalmente aceptada como un bien en sí mismo atendiendo a patrones de santidad, también es importante atender a ciertos niveles de calidad o más que eso de dignidad. En suma la vida es un bien cuando la misma es digna, y la dignidad humana radica en la libertad del individuo para realizarse, de tal manera que cuando la vida ya no permite el desarrollo de las potencialidades de la existencia humana, se convierte un medio para la existencia biológica perdiendo todo su sentido. Esto significa que bajo el rubro de eutanasia no solo se cobijan supuestos de procesos terminales de muerte, sino también casos en los que sin amenazar una muerte inminente una persona lleva una vida dramática, acompañada de crueles sufrimientos físicos, o casos en que el paciente ha perdido irreversiblemente la conciencia y es mantenido con vida mediante técnicas de reanimación. Consecuentemente cuando la vida pierde todo sentido de dignidad, la disponibilidad de la misma surge como un derecho de toda persona humana.

Así, cuando se habla de eutanasia, se hace referencia a lo injusto de permitir una existencia indigna o prolongar una agonía cruenta y dolorosa que aboca irremisiblemente a la muerte.

En ese sentido, la persona víctima de una enfermedad incurable en fase terminal o de graves minusvalías, debe manifestar su consentimiento de manera expresa e indubitable y de forma reiterada, ya que toda persona debe ser consultada sobre su destino final y siempre debe respetarse su voluntad sea en favor o en contra de la eutanasia. Este requisito deja problemas subsistentes como el caso del sujeto pasivo que es incapaz de consentir la privación de su vida debido a la pérdida irreversible de su conciencia, situación que no puede ser olvidada en el presente estudio. El caso podría quedar solucionado, si la parte interesada hubiera dejado claramente establecida su voluntad por anticipado, verbigracia, en su propio testamento, de lo contrario se atendería a la doctrina de los medios proporcionados y desproporcionados, que determina que el bien de salvar la vida es moralmente obligatorio únicamente si su prosecución no es gravosa, o desproporcionada con los beneficios esperados. Aquí debe ponerse de relieve que no se trata de escoger un tratamiento y determinar si es o no proporcionado, en virtud de que la proporción o la desproporción debe atender a las circunstancias especiales de cada caso, es decir, sólo se podrá aplicar al paciente un tratamiento siempre que no resulte excesivamente gravoso y no imponga ninguna carga para él o para otro, además de que el mismo sea proporcional al beneficio esperado. Por el contrario si no se aplica dicha teoría, se estaría frente a un caso de distancia, consistente en la prolongación artificial de la vida, con un alto grado de certeza razonable de que la recuperación del enfermo no será exitosa aplicando medios desproporcionados en exceso al resultado.

Cabe señalar que en dicho supuesto, es necesario que haya una determinación conjunta del médico y los familiares del paciente, siendo además indispensable se exija la opinión concordante de por lo menos dos médicos en favor de la eutanasia.

6.4. DERECHO AL LIBRE DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD.

El derecho a la vida es sin duda el pilar de los derechos fundamentales del hombre, pero también es cierto que frente a este derecho se encuentran otros del mismo rango, sin los cuales el primero no tendría ningún sentido. Así se puede hablar del derecho al libre desarrollo de la personalidad, que al igual que el derecho a la vida se encuentra regulado por la Declaración Universal de los Derechos del Hombre, en su artículo 22, como el derecho de toda persona, a la satisfacción de sus derechos económicos, sociales y culturales, derechos que se traducen en otros términos en la libertad del individuo para realizarse, para cumplir sus propósitos y metas de manera íntegra, de tal manera que cuando esto ya no es posible para el ser humano, tras llevar una vida dramática, con graves sufrimientos físicos debido a una grave minusvalía, o bien ante una enfermedad incurable en su fase terminal o pérdida irreversible de la conciencia, el obligar a alguien seguir viviendo contra su voluntad sin permitirle disponer de su propia vida, atentaría no sólo contra su derecho a vivir con dignidad, sino contra su libertad y pleno desarrollo de las potencialidades de la existencia humana. "Además desde esta perspectiva, el Estado y la sociedad se estarían subrogando la facultad de decidir sobre mi propia vida al ordenarme que debo seguir viviendo y desarrollando mi personalidad a costa de lo que sea".⁶⁹

La vida no es pura inercia vegetativa, se necesita por ejemplo la esperanza en el ser humano de que ciertos proyectos pueden ser cumplidos, para que la vida pueda considerarse como un valor digno de ser conservado, la vida no es un valor absoluto, sino que existe en relación a otros valores, a los que el hombre puede darles mayor importancia.

⁶⁹ VIVES ANTÓN, T. S. Et al. Cit. Por. Díaz Aranda, Enrique. Ob. Cit., p. 126.

6.5. DERECHO A LA LIBERTAD DE PENSAMIENTO, CONCIENCIA Y RELIGIÓN.

Estos tres derechos, no podrían dejar de ser consagrados por la Declaración Francesa, esto es, la Declaración Universal de los Derechos del Hombre, al establecer:

Artículo 18.- "Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión; este derecho incluye la libertad de cambiar de religión o de creencia, así como la libertad de manifestar su religión, o su creencia, individual y colectivamente, tanto en público como en privado, por la enseñanza, la práctica, el culto y la observancia".

Cabe señalar, que la libertad de pensamiento es el derecho que toda persona tiene para realizar la libre manifestación de sus ideas y a no ser molestado por su opinión. Por su parte la libertad de conciencia radica en el derecho que tiene todo individuo para profesar cualquier religión o bien a no profesar religión alguna, lo que prácticamente con la libertad de culto, es decir, el derecho a practicar públicamente o en privado determinada religión, vienen a constituir la libertad religiosa.

Ahora bien, la importancia de dichas libertades en el presente estudio, radica en que la decisión de toda persona en cuanto a la eutanasia se refiere, siempre deberá ser respetada, ya que precisamente una de sus características esenciales es que la misma debe ser voluntaria y con el libre consentimiento de la persona a quien se practique.

Por otra parte, parece ser que el único argumento por el que se debe prescindir de la voluntad del paciente que desea se le aplique la eutanasia y mantenerlo con vida, es la tesis católica, que establece que sobre todo hombre recae el poder del quinto mandamiento, donde se prohíbe tajantemente matar, de tal

forma que el hombre al ser una creación de Dios, el que priva de la vida a otro ser humano comete una injuria contra Dios. Dicha actitud que deviene lógica tendrá que ser respetada, sin embargo el hecho de que otras personas mantengan una postura diferente, no implica que por la existencia de dicha tesis se contravenga su voluntad y se les obligue a seguir viviendo, no obstante su consentimiento para que se les aplique la eutanasia, ante su enfermedad incurable en fase terminal o grave minusvalía.

La Iglesia reprueba muchas conductas incurriendo en ciertos casos en crasos errores, así, cuando se habla del mandamiento que señala "no desearas la mujer de tu prójimo" tratando de evitar la propagación de hombres bigamos, parece ser que la mujer si puede desear el hombre de cualquier otra mujer, lo que sería bastante arbitrario y que lo justo hubiese sido "no desearás la pareja de tu semejante". Por lo tanto, es necesario hacer alusión que el quinto mandamiento, también tiene sus limitaciones, tal vez se refiere a no matar por gusto, por odio o por venganza, quedando de dicho mandamiento excluida la hipótesis de hacerlo por piedad. El hecho de que esta posición pueda desembocar en una matanza de inocentes es una remota posibilidad, bastando analizar las características bajo las cuáles una conducta puede ser considerada como eutanasia, lo que excluiría cualquier circunstancia adversa.

6.6. PROHIBICIÓN DE TRATOS INHUMANOS Y DEGRADANTES.

En el mundo entero, existen personas que día a día son sometidas a un verdadero ensañamiento terapéutico en las Unidades de Cuidados Intensivos, que ante los avances de la ciencia médica y la actitud distanásica de los médicos, de mantener con vida a un ser humano acabado, que padece terribles dolores y grave sufrimiento, ante una enfermedad incurable en su fase terminal, dichos pacientes se

convierten en verdaderas víctimas de tratos inhumanos y degradantes, no obstante su deseo de morir, atentando contra su dignidad.

El Tribunal Europeo de Derechos Humanos, ha definido al trato inhumano como aquel "que causa vivos sufrimientos físicos y morales y entraña perturbaciones psíquicas agudas".⁷⁰ Concepto en el que sin duda, bien podrían llegar a encuadrar pacientes víctimas de una enfermedad incurable en su fase terminal o grave minusvalía.

Un ejemplo claro de esta situación, es el caso de la señora Ineke Stinissen, ocurrido en los países bajos, misma que desde el 30 de marzo de 1974, a causa de errores técnicos le produjeron lesiones cerebrales irreversibles, encontrándose en coma profundo, respiraba espontáneamente, no obstante debía ser nutrida e hidratada por vía intravenosa".⁷¹ En los años noventa, por decisión de su esposos fue suspendido dicho apoyo, acto que fue considerado como eutanásico, tras haber sido víctima de la actitud distanásica por parte de los médicos quienes la llevaron al coma profundo, lejos de haber sido la enfermedad misma.

6.7. DERECHO A LA DIGNIDAD DE LA PERSONA HUMANA.

Antes de entrar al estudio de la dignidad humana, es menester recordar lo dicho por Emanuele Kant al respecto:

"... Existen cosas máspreciadas que la vida... Vivir no es algo necesario, pero sí lo es vivir dignamente... Ni el infortunio ni un destino adverso

⁷⁰ DÍAZ ARANDA, Enrique. Eutanasia ¿ Derecho a morir con dignidad? Revista de la Facultad de derecho de México. T. XLIV. Núms. 193-194. Enero-Abril, 1994, p. 26.

⁷¹ GUTIÉRREZ, David. *El Caso Stinissen: ¿ Eutanasia o Distanasia? Comentario a una Noticia.* Revista Persona y Derecho. Suplemento Humana Iura. No. 1. Universidad de Navarra-España, 1991, p.335.

deben desalentarnos para continuar viviendo, en tanto que pueda vivir dignamente como corresponde hacerlo a un hombre".⁷²

El derecho a la dignidad de la persona humana, como el derecho a la vida, es sin duda un valor intrínseco, inherente a todo ser humano, y así como éste último es el pilar fundamental de los demás derechos a que se ha hecho referencia, es precisamente la dignidad humana la que bien pudiera decirse inspiración de todos y cada uno de esos derechos. De tal forma que esa idea permanece inalterada en los instrumentos jurídicos internacionales, pues la libertad, la justicia y la paz mundial tienen como base, el reconocimiento de la dignidad intrínseca a todo ser humano y de los derechos humanos con que se protege y se respeta dicha dignidad. Es en ese sentido como se proclama la propia Declaración Universal de los Derechos del Hombre de 1948, y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, sociales y culturales de 1966, en cuyo preámbulo mediante dicho pacto, los Estados Partes reconocen que los derechos humanos se desprenden de la dignidad inherente a la persona humana, al tiempo que el Pacto Internacional de derechos Civiles y Políticos, también de 1966, se conduce en el mismo sentido que el anterior. Derechos cuya contravención significaría un atentado contra la dignidad humana.

"En efecto, en el fondo se trata de tener conciencia de la dignidad objetiva de la persona humana, de que el hombre no puede ser tratado al arbitrio del poder y de la sociedad, porque es objetivamente un ser digno y exigente, portador de unos derechos en virtud de su dignidad, reconocidos, pero no otorgados por la sociedad".⁷³

De esta manera, la dignidad humana radica en el respeto a los derechos universales del hombre, sin los cuales la persona no podría vivir

⁷² Cit. Por. DÍAZ ARANDA, Enrique. *Del Suicidio a la Eutanasia*. Ob. Cit, p. 129.

⁷³ IERVAIDA, Javier. *Los Derechos Inherentes a la Dignidad de la Persona Humana*. Revista Persona y Derecho. Suplemento I humana Iura. No. 1. Universidad de Navarra-España, 1991, p. 349.

dignamente y alcanzar sus fines. Desconocer esos derechos implicaría la degradación de la persona en su calidad de ser humano, de ahí que la misión de los derechos humanos sea precisamente proteger la dignidad del hombre.

En ese sentido, cuando el ser humano no cuenta con la plenitud físico- somática que le permita cumplir con su destino (derecho a la vida), de tal forma que la vida haya perdido parte de su valor al no existir opción de vivirla, y con ello viéndose vedada la libertad de la persona para realizarse, para cumplir con sus propósitos y metas (derecho al libre desarrollo de la personalidad), convirtiéndose así en un medio para la existencia biológica, no obstante que la vida es un bien en sí mismo, y que toda acción tendiente a abreviar la vida del moribundo atenta contra el principio de la inviolabilidad de la vida humana, dicha valoración no impide plantear el problema que enfrenta el valor vida humana, cuando entra en conflicto, con el valor morir dignamente, de tal forma que cuando el vivir humano se encuentra acompañado de un ensañamiento terapéutico, de una agonía prolongada y graves sufrimientos, a fin de evitar se produzcan situaciones degradantes, nada infrecuentes, en que el paciente se convierte en un objeto de experimentación (tratos crueles e inhumanos), por el principio de respeto debido a la dignidad humana y personal del enfermo, ante la súplica reiterada del enfermo terminal o víctima de una grave minusvalía (libertad ideológica), el valor morir con dignidad aparece como una alternativa mejor, que deberá ser respetada y en su momento reconocida, tanto por el derecho internacional y nacional, como una actitud de reconocimiento a los derechos universales y libertades fundamentales del hombre.

6.8. PROPUESTAS PARA LA LEGALIZACIÓN DE LA EUTANASIA.

1.- La regulación jurídico penal de las conductas eutanásicas deberá descansar en el respeto y reconocimiento a los principios y derechos universales del hombre,

como el derecho a la vida, el derecho al libre desarrollo de la personalidad, el derecho a la libertad de pensamiento y el derecho a la dignidad de la persona humana, sin los cuáles la persona no podría vivir dignamente y alcanzar sus fines, pues el desconocimiento de esos derechos implicaría la degradación de la persona en su calidad de ser humano.

2.- Con base en el reconocimiento de esos derechos por la Carta Magna, incluyendo el derecho a la disponibilidad de la propia vida, en los casos y por las razones expuestas en el presente trabajo, es necesario precisar el término eutanasia y determinar los requisitos bajo los cuales podrá ser considerada una conducta como eutanásica.

3.- Se entenderá por eutanasia " La acción u omisión que realizan una o más personas motivadas por un sentido de piedad o humanitario, en consideración a otra persona que lo solicita en pleno uso de sus facultades mentales, debido a los graves sufrimientos de su enfermedad incurable en fase terminal o su grave minusvalía, que de forma directa o indirecta provocan su muerte sin sufrimientos".

4.- De esta definición surgen cuatro elementos trascendentes :

I.- Que se trate de un sujeto:

a) con una enfermedad irreversible en fase terminal, bien definida y sin posibilidad de cura, certificada tanto por el médico tratante como por dos médicos más, para lo cual se elaborará una lista de aquéllas enfermedades que se consideren incurables.

b) con graves minusvalías, que no le permitan llevar una vida digna y tenga asegurada una existencia dramática.

II.- La solicitud seria, expresa y reiterada del sujeto pasivo, en pleno uso de sus facultades mentales, excluyendo cualquier caso de eutanasia involuntaria.

III.- Que se practique en consideración o en interés de la víctima; y

IV.- Que la provocación de la muerte sea con el mínimo sufrimiento físico.

Requisitos que de no existir alguno, se estará frente a alguna figura delictiva.

5.- Para los efectos del punto anterior, es necesario que el médico que intervenga en los casos de eutanasia, elabore un informe especialmente dirigido a comprobar que la declaración del paciente solicitando la aplicación de la eutanasia ha sido completamente voluntaria, reiterada y bien meditada. En los casos de pérdida irreversible de la conciencia, cuando falte esta declaración por escrito, el médico deberá demostrar que en una fase anterior habló con los familiares del paciente sobre la posibilidad de aplicar la eutanasia activa y que fue solicitada verbalmente.

Dicho informe deberá contener cuando menos:

I. Historial Clínico:

1.- ¿Cuál era la naturaleza de la enfermedad o, en su caso el diagnóstico principal?

2.- ¿Cuánto tiempo llevaba el enfermo padeciéndola?

3.- ¿Qué tipo de intervención médica (medicamentos, terapéutica, u operación) se llevó a cabo?

4.- ¿Quiénes eran los médicos que asistieron al paciente, dónde se les puede localizar y cuáles fueron sus diagnósticos?

5.- ¿Se trataba de un sufrimiento físico y/o psíquico tan serio que se volviese insoportable para el paciente y que como tal podía llegar a experimentar?

6.- ¿Se encontraba el paciente en una situación crítica irreversible, y era inevitable su muerte?

a. En esa situación, el paciente ¿había llegado por último a un extremo tal que, según criterio médico, era de esperar la degeneración humana cada vez más progresiva del paciente, y/o una agudización aún mayor del sufrimiento que ya se advertía insoportable?

b. ¿Era de prever que (en adelante) el paciente ya no estaría en condiciones de hallar una vida digna?

c. ¿Dentro de qué plazos esperaba usted que se produjera el fallecimiento del paciente de no haber recurrido a la aplicación de la eutanasia, la prestación de ayuda al suicidio o la intervención médica activa para acortar la vida sin petición expresa del paciente?

7.- ¿Qué posibilidades contempló o empleó usted para evitar que el sufrimiento del paciente se hiciera insoportable? (¿Había alguna posibilidad de hacer más soportable el sufrimiento del paciente?) Y ¿Habló usted de estas posibilidades del paciente?

II. Solicitud voluntaria de finalización de la vida.

1.- ¿Se trata de una solicitud verdaderamente manifiesta y por decisión propia, hecha con total libertad por el paciente?

a. Mediante la información adecuada (proporcionada por usted) referente al curso de la enfermedad y el modo de finalización voluntaria de la vida, y

b. Tras discusión de las posibilidades mencionadas bajo el apartado 1.7. ?

2.- Si se trataba de una petición del paciente, ¿cuando y en presencia de quienes tuvo lugar la petición? ¿Había otras personas allí presentes?

3.- ¿Existe una declaración de su voluntad por escrito? En caso afirmativo adjunte la declaración a este informe.

4.- En el momento de la petición, ¿era el enfermo plenamente consciente del significado de su petición, y de su propia situación tanto física como psíquica? ¿De qué se deduce?

5.- ¿Consideró el paciente alguna otra alternativa, además de la eutanasia? En caso afirmativo, indique cuáles. En caso negativo, explique el porqué.

6.- ¿Existió alguna influencia por parte de otras personas, al tomar usted y el paciente la decisión? ¿De dónde se deduce?

III. Intervención médica activa para acortar la vida sin petición expresa.

1.- ¿A qué se debe la ausencia de una petición expresa por parte del paciente?

2.- En alguna fase anterior de la enfermedad ¿se habló con el paciente acerca de la finalización activa de la vida? En caso afirmativo, ¿cuál fue su opinión?

3.- ¿Se consultó a los allegados acerca de la finalización activa de la vida del paciente? En caso afirmativo, ¿a quién se consultó? Y ¿Cuál fue su opinión? En caso negativo, ¿por qué no les consultó?

IV.- Consultas con otros médicos.

1.- ¿Qué otro médico (especialista o de cabecera) consultó usted? Si lo consultó, indique su nombre y dónde se le puede localizar. (Si consultó a varios médicos, indique sus nombres y donde se les puede localizar).

2.- ¿Cuáles fueron las conclusiones de este/ estos médicos/ consultados? En todo caso, con respecto a los puntos mencionados bajo los apartados 1.6 y 1.7.

3.- ¿Vio este (otro) médico al paciente? En caso afirmativo, ¿cuándo? y/o ¿en qué fundamentos basó este (otro) médico sus conclusiones?

V. Aplicación de la finalización activa de la vida.

1.- ¿Quién aplicó la finalización de la vida? Y ¿de qué forma?

2.- Previamente, ¿fue recabada alguna información sobre el método a emplear? En caso afirmativo, ¿dónde? y/o ¿de quién?

3.- La forma de morir ¿fue la que lógicamente cabe esperar con arreglo al eutanásico administrado?

4.- Durante su administración, ¿quiénes estuvieron presentes?

Y ¿dónde se les puede localizar?

5.- Atendiendo a la clasificación de la eutanasia, es pertinente incluir en dicha regulación:

- a) La Conducta del médico en cuya intención de suprimir el dolor que siente el enfermo terminal mediante el empleo de ciertos analgésicos, produce el acortamiento de la vida de éste.**

- b) Aquella conducta del médico en que a petición del enfermo terminal deja de seguir aplicando el tratamiento o los medios extraordinarios (distanásicos), o bien, no aplica el tratamiento que de nada serviría al enfermo.**

6.- Atento a lo anterior, se deberá aprobar la legalización de la eutanasia e incluirla dentro del Código Penal ó bien, a través de una ley de eutanasia que implicaría desde un punto de vista muy particular un tratamiento más adecuado de cada uno de los supuestos eutanásicos, donde la especial importancia de la vida y la decisión sobre la disponibilidad de la misma, obligan a adoptar las medidas más estrictas en torno a garantizar que bajo el velo de eutanasia no se cubran otras conductas que si pueden ser consideradas como delictivas.

Cabe puntualizar, que la legalización de la eutanasia podría traer como consecuencia una gran aportación en materia de donación de órganos, toda vez que la persona que manifiesta su libre voluntad para disponer de su propia vida, solicitando se le aplique la eutanasia, podría manifestarse a favor de la donación de aquellos órganos de su cuerpo que no hubiesen resultado afectados por su enfermedad o grave minusvalía, para lo cual se debe contar siempre con su consentimiento.

CONCLUSIONES.

Primera

La historia de la eutanasia data desde las épocas más remotas, sin embargo, se tiene conocimiento que los motivos que impulsaban dicha práctica eran fundamentalmente eugenésicos y económicos, con una finalidad utilitarista de la vida. Así, en la sociedad espartana se privaba de la vida a los niños deformes, a los decrepitos y ancianos, prácticas que también fueron adoptadas en la sociedad romana, donde los niños que nacían con una gran deformidad, tenían asegurada la muerte, siendo arrojados desde la Roca Tarpeya.

Es en ese sentido, que la práctica de la eutanasia en las antiguas civilizaciones, por razones eugenésicas, era una excusa contundente para poder quitar la vida a personas débiles e inútiles, mismas que constituirían una carga para el Estado y sus familiares, quienes trataban a toda costa de mejorar la raza mediante la procreación de hijos fuertes y sanos.

Segunda

En virtud de que el término y concepto de eutanasia tiene una gran variedad de usos fácticos, surge la necesidad de crear un significado claro y preciso del mismo, mediante el cual se pueda excluir cualquier otra conducta que pretenda escudarse bajo dicho término y pueda constituir un verdadero delito.

Se puede entender por eutanasia, " La acción u omisión que realizan una o más personas motivadas por un sentido de piedad o humanitario, en consideración a otra persona que lo solicita en pleno uso de sus facultades

mentales, debido a los graves sufrimientos de su enfermedad incurable en fase terminal o su grave minusvalía, que de forma directa o indirecta provocan su muerte sin sufrimientos".

Tercera

Así el concepto de eutanasia implica una serie de requisitos esenciales, mismos que de no existir alguno, la conducta desplegada bien podría encuadrar dentro de alguna de las hipótesis normativas previstas en el capítulo referente a los "Delitos contra la Vida y la Integridad Corporal" a que se refiere el Código Penal para el Distrito Federal.

En consideración a lo cual, una conducta eutanásica deberá estar conformada por los siguientes elementos:

I.- Que se trate de un sujeto:

a) con una enfermedad irreversible en fase terminal, bien definida y sin posibilidad de cura, certificada tanto por el médico tratante como por dos médicos más, para lo cual se elaborará una lista de aquéllas enfermedades que se consideren incurables.

b) con graves minusvalías, que no le permitan llevar una vida digna y tenga asegurada una existencia dramática.

II.- La solicitud sería, expresa y reiterada del sujeto pasivo, en pleno uso de sus facultades mentales, excluyendo cualquier caso de eutanasia involuntaria.

III.- Que se practique en consideración o en interés de la víctima; y

IV.- Que la provocación de la muerte sea con el mínimo sufrimiento físico.

Cuarta

Atendiendo a la clasificación de la eutanasia a que se refiere el presente estudio, es pertinente incluir como conductas eutanásicas:

- a) La Conducta del médico en cuya intención de suprimir el dolor que siente el enfermo terminal mediante el empleo de ciertos analgésicos, produce el acortamiento de la vida de éste.

- b) Aquella conducta del médico en que a petición del enfermo terminal deja de seguir aplicando el tratamiento o los medios extraordinarios (distanásicos), o bien, no aplica el tratamiento que de nada serviría al enfermo.

Quinta

De esta manera, deberá quedar excluida del término eutanasia la mal llamada eutanasia eugenésica, cuyo objeto es la aplicación de las leyes de la herencia equivocadamente sobre el género humano, para perfeccionar las cualidades de las razas humanas, eliminando a aquellos seres defectuosos, tarados o inútiles. Es el caso de Nurember (1946-1947), en la Alemania Nazi, donde predominaba una ideología racial basada en la pureza y supremacía de los arios, donde el pronunciamiento de Hitler en ese sentido era, que los seres que no son de buena raza no sirven para nada, y un Estado para que lograra alcanzar la supremacía, debería tener hombres sanos e inteligentes. En atención a lo cual, el exterminio en la Alemania Nazi no puede considerarse una conducta eutanásica, misma que se sospecha no fue motivada por el interés de los exterminados, sino por el interés de la "raza superior", eliminar fríamente a dichos seres es una injusticia que va en contra de los principios más elementales que guían la eutanasia y que son precisamente la piedad y el que se obre en interés de una persona determinada que reúne ciertos requisitos, rebasando sus justos límites.

Sexta

Otro supuesto que deberá quedar excluido será la llamada eutanasia económica, cuya relación con la eutanasia eugenésica es muy estrecha, en razón de que quienes están a favor de esta postura, consideran que las personas con deficiencias físicas y mentales, así como los enfermos incurables deben ser eliminados, toda vez que constituyen una verdadera carga para la sociedad y para el Estado, generando grandes pérdidas económicas.

Asimismo, es preciso señalar que en la práctica de la eutanasia, no basta que se prive de la vida a una persona con el sólo argumento de que privó la piedad o la compasión como elemento, pues aún cuando se trate de un individuo que esté al borde de la muerte y su vida sea denigrante, ese hecho no faculta a ninguna persona para que lo mate, ya que nadie puede subrogarse el derecho y la potestad de valorar y decidir sobre la vida de los demás, más cuando el consentimiento de la víctima no ha sido externado, por lo que deberá excluirse la eutanasia por compasión.

Séptima

Cabe puntualizar, que la ley penal mexicana no trata de manera específica y directa el tema de la eutanasia, con excepción del Código Penal para el Estado de México, de tal forma que los juristas mexicanos más eminentes en la materia, sitúan la eutanasia como una figura que queda subsumida en el delito de homicidio consentido y como auxilio ejecutivo al suicidio, a que se refiere el artículo 312 del Código Penal para el Distrito Federal, con lo cual se advierte la poca importancia que se le ha dado en México a dicho estudio, adoptando en esa medida conceptos imprecisos e inadecuados. Ejemplo de dicha aseveración es, que la conducta eutanásica ha llegado a compararse con el suicidio, el aborto, la eugenesia etc., y que en realidad constituyen situaciones distintas que no guardan relación alguna con los elementos que la conforman. En ese sentido, el legislador deberá optar por

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

la reprobación general del homicidio y evitar que el orden público y la seguridad queden en manos de los ciudadanos, debiendo regular las penas según las circunstancias particulares de cada caso.

Octava

Así, aún cuando el Código Penal para el Distrito Federal establece una sanción de 4 a 12 años para el homicidio consentido, también es digno de notar que el hecho de ejecutar la muerte puede traer consigo agravantes o atenuantes, y en el homicidio a ruego de la víctima, no pueden ser descartadas la premeditación y el engaño, caso en el que la pena antes mencionada aumentaría, lo que sería totalmente contrario si se priva de la vida a una persona cuyos requisitos que conforman la muerte digna están presentes, de tal forma que aquí inclusive una pena mínima de 4 años resultaría excesiva y porque no cualquier otra.

Novena

Lo anterior permite considerar que al no encontrarse regulada la figura de la eutanasia dentro del Código Penal para el Distrito Federal, de juzgar un acto eutanásico en semejanza con los delitos previstos por el Título Decimonoveno, de dicho ordenamiento legal, que versa sobre los "Delitos contra la Vida y la Integridad Corporal", de acuerdo con el artículo 52, para la determinación de la magnitud de la pena no se tomarían en cuenta de manera íntegra las circunstancias propias de la muerte digna, por virtud de que en el Derecho Penal Mexicano, no se han sentado bases claras y precisas sobre las cuales pueda considerarse a una conducta como eutanásica, de tal forma que una circunstancia podría ser el móvil de piedad o bien el consentimiento, pero no así el tipo y avance de la enfermedad del sujeto al que se le aplica la eutanasia, que el motivo de piedad lo es en consideración a esa persona y, que la petición sea reiterada, seria y expresa entre otros requisitos, con lo cual se dejaría en estado de indefensión al sujeto que con motivo de un acto eutanásico

fuese juzgado en semejanza a alguna de las figuras delictivas a que se refiere el Título en cuestión.

Décima

Es importante destacar, que definitivamente el homicidio que pueda resultar de un acto de eutanasia, no puede equipararse con el homicidio, cuya justificante sería únicamente el consentimiento de la víctima, menos aún con el homicida que priva de la vida a otro, con premeditación o cualquier otra agravante, por lo que es necesario legislar para excluir del tipo de homicidio el acto de eutanasia.

Décimo Primera

La eutanasia se caracteriza por estar impulsada por un móvil específico, el de piedad, con la finalidad de evitar una agonía innecesaria y sufrimientos tormentosos y agudos a la víctima que padece una enfermedad incurable en fase terminal o una grave minusvalía, que daría lugar únicamente a una existencia dramática. A diferencia del homicidio en que el activo experimenta generalmente vivencias de odio, de venganza, etc., hacia la víctima, en la eutanasia se presenta además una irrupción del dolo homicida, esto es, previamente existe un acercamiento y conmiseración por la persona enferma o con grave minusvalía que ante la súplica reiterada de que se le prive "la vida" surge la idea de "matar" como un camino alternativo, por tanto, al actuar en atención a la víctima y en su interés, no hay acción homicida, ni dolo, sino una acción eutanásica que no debe ser punible.

Décimo Segunda

Además, en la eutanasia la víctima sufre intensamente a consecuencia de una enfermedad incurable o grave minusvalía, en cambio, en el homicidio no se exige una calidad específica en los sujetos, es decir, no es necesario que el sujeto pasivo sea un enfermo o un minusválido. Situación que se advierte así también tratándose

de la calidad del sujeto activo, en la que deberá tratarse del médico de cabecera del enfermo y los más allegados por lazos de consanguinidad, afinidad o afecto, cuya actuación será esencial en aquellos casos de pérdida irreversible de la conciencia, donde el sujeto pasivo es incapaz de consentir su muerte.

Décimo Tercera

Sin duda la misión del médico es de radical importancia en la práctica de la eutanasia, el cual se ve presionado por una serie de imposiciones éticas desde el principio de su carrera, pues es educado para salvar vidas, pero todo tiene un límite y en cuanto un paciente está dentro de los requisitos que implica la muerte digna, el seguir luchando contra su voluntad no tiene caso y en muchos casos un esfuerzo al parecer loable resulta desgraciadamente inútil, más que prolongar la vida, se prolongan agonías y sufrimientos innecesarios, se prolonga el acto de morir.

Si bien, la misión del médico es salvar vidas, esto no es posible siempre, ya que hoy en día los avances de la ciencia médica permiten aplicar terapias que son eficaces para combatir el dolor, prolongar la vida del enfermo, pero ineficaces para curar, con lo cual dicha misión se traduce en curar a veces, aliviar a menudo y consolar al enfermo incurable y cuando la enfermedad de éste ha llegado a su fase terminal, debe ayudarlo a morir. El hombre tiene un derecho a la vida, lo que le permite luchar contra la muerte, pero cuando la naturaleza humana cumple su ciclo vital, ya de modo natural o por accidente, llega un momento en que el hombre tiene que aceptar la muerte y el derecho de decidir su propia muerte.

Décimo Cuarta

Una situación fundamental siempre en la actividad del médico, es que la decisión del enfermo o de sus parientes más cercanos, en cuanto a la aplicación de los medios extraordinarios para prolongar la vida, siempre debe ser respetada. Para lo cual el paciente y familiares en su caso, deben estar debidamente informados, el médico no

puede tomar una decisión o aplicar un tratamiento sin el consentimiento informado del paciente. Todo tratamiento médico al menos en los niveles más graves del paciente debe estar acompañado por el consentimiento del enfermo, mismo que debe ser informado, voluntario y competente.

Décimo Quinta

Sin duda en el mundo de la ciencia médica no deberá descartarse la posibilidad de un error en el diagnóstico, ya que aún cuando éste sea precedido por una serie de estudios tanto de laboratorio como de gabinete para determinar el tipo de enfermedad y si esta es o no curable, puede estar acompañado del error. De tal manera que tanto el diagnóstico, pronóstico y tratamientos al ser función del médico, éste al realizarlos tiene obligación de formularlos con todas las posibles respuestas y siempre deberá considerar que el error y el diagnóstico son inseparables, por lo que no deberá anunciar jamás un diagnóstico como definitivo, todo dependerá de la evolución de la enfermedad del paciente (estudios, tratamientos, fase, etc.), y una vez agotados todos los recursos sanitarios determinar la comprobación de su diagnóstico y si este es diferente deberá ser el primero en darse cuenta del error y enmendarlo, de lo contrario incurriría en responsabilidad.

Décimo Sexta

Cabe advertir, que dicho error sólo es una posibilidad, pues la ciencia médica cuenta con amplios estudios y cuadros determinantes de cada tipo de enfermedad, por lo que la eutanasia es partidaria de aquellos casos en los que de verdad existe certidumbre en el diagnóstico y en el pronóstico, además de que se reúnan todas las exigencias técnicas de la muerte digna.

Décimo Séptima

Ahora bien, si el enfermo terminal o con graves minusvalías una vez informado en forma completa y comprensible por su médico respecto del proceso, diagnóstico,

pronóstico, y sobre las alternativas de tratamiento, los derechos que tiene y los servicios a los que puede acceder en el sistema sanitario, decide que quiere morir, el Estado deberá reconocer su fracaso y no violar el derecho del paciente a la dignidad humana, por lo que deberá ser respetada su personalidad manifiesta en su decisión de morir. Se puede esperar cuando hay posibilidades de curación o cuando el enfermo está inconsciente, pero si éste renuncia a vivir y los exámenes clínicos, de laboratorio y de gabinete permiten llegar a un diagnóstico que indique que el paciente está sujeto a enfrentar un padecimiento fatal y tormentoso lleno de dolor y sufrimiento, a causa de su enfermedad irreversible o grave minusvalía, el camino idóneo es la eutanasia.

Décimo Octava

El hecho de procurar la legalización de la eutanasia lejos de ser una aberración, deberá ser considerada como una actitud de respeto y de reconocimiento a los derechos universales del hombre y a sus libertades fundamentales. Se trata de tener conciencia del derecho a la dignidad de la persona humana, en torno al cual giran precisamente esos derechos inherentes a todo ser humano, como el derecho a la vida, el derecho al libre desarrollo de la personalidad y el derecho a la libertad de pensamiento entre otros, sin los cuales la persona no podría vivir dignamente y alcanzar sus fines.

Décimo Novena

En principio hay que reconocer que el hombre tiene un derecho a la vida que le otorga la propia naturaleza, esto es, el derecho que tiene todo ser humano de mantener y conservar su vida, su salud, su ser físico, para cumplir correctamente su destino. De ahí, que en la práctica de la eutanasia existan múltiples argumentos que condenen continuamente toda acción directa tendiente a abreviar la vida del moribundo, manifestando que se atenta contra el principio de la inviolabilidad de la

vida humana y, el hecho de que se opte por su legalización generaría una arbitrariedad por parte de las autoridades. Sin embargo, dicha valoración no impide plantear el problema que enfrenta el valor vida humana cuando entra en conflicto con el valor morir dignamente; en ese sentido, una conducta eutanásica no puede ser reprobada moralmente, menos aún cuando el vivir humano se ve acompañado de un ensañamiento terapéutico, de una agonía prolongada y sufrimientos degradantes, caso en el cual, el valor morir con dignidad aparece como una alternativa mejor.

Vigésima

El derecho a la vida es sin duda el pilar de los derechos fundamentales del hombre, pero también es cierto que frente a este derecho se encuentran otros del mismo rango, sin los cuales el primero no tendría ningún sentido. Así se puede hablar del derecho al libre desarrollo de la personalidad, que se traduce en la libertad del individuo para realizarse, para cumplir sus propósitos y metas de manera íntegra; de tal manera que cuando esto ya no es posible para el ser humano, tras llevar una vida dramática, con graves sufrimientos físicos debido a una grave minusvalía, o bien ante una enfermedad incurable en fase terminal o pérdida irreversible de la conciencia, el obligar a alguien seguir viviendo contra su voluntad sin permitirle disponer de su propia vida, atentaría no sólo contra su derecho a vivir con dignidad, sino contra su libertad y pleno desarrollo de las potencialidades de la existencia humana.

Vigésimo Primera

La vida no es pura inercia vegetativa, se necesitan por ejemplo la esperanza en el ser humano de que ciertos proyectos puedan ser cumplidos, para que la vida pueda considerarse como un valor digno de ser conservado, la vida no es un valor

absoluto, sino que existe, en relación a otros valores a los que el hombre puede darles mayor importancia.

Vigésimo Segunda

En ese sentido, cuando el ser humano no cuenta con la plenitud físico somática que le permita cumplir con su destino (derecho a la vida), de tal forma que la vida haya perdido parte de su valor al no existir opción de vivirla, y con ello viéndose vedada la libertad de la persona para realizarse, para cumplir con sus propósitos y metas (derecho al libre desarrollo de la personalidad), convirtiéndose así en un medio para la existencia biológica, no obstante que la vida es un bien en sí mismo, y que toda acción tendiente a abreviar la vida del moribundo atenta contra el principio de la inviolabilidad de la vida humana, dicha valoración no impide plantear el problema que enfrenta el valor vida humana, cuando entra en conflicto, con el valor morir con dignidad, de tal forma que cuando el vivir humano se encuentra acompañado de un ensañamiento terapéutico, de una agonía prolongada y graves sufrimientos, a fin de evitar se produzcan situaciones degradantes, nada infrecuentes, en que el paciente se convierte en un objeto de experimentación (tratos crueles e inhumanos), por el principio de respeto debido a la dignidad humana y personal del enfermo, ante la súplica reiterada del enfermo terminal o víctima de una grave minusvalía (libertad ideológica), el valor morir con dignidad aparece como una alternativa mejor, que deberá ser respetada y en su momento reconocida, tanto por el derecho internacional y nacional, como una actitud de reconocimiento a los derechos universales y libertades fundamentales del hombre.

BIBLIOGRAFÍA.

- ALCOCER POZO, José y Mario Alva Rodríguez. **"Medicina Legal (conceptos básicos)"**. Ed. Limusa. México, D.F., 1993.
- ALVA RODRÍGUEZ, Mario y Aurelio Nuñez Salas. **"Atlas de Medicina Forense"**. Edic. 1ª. Tercera reimpresión. Ed. Trillas. México, 1990.
- BASILE, Alejandro A. y David Waisman. **"Fundamentos de Medicina Legal"**. Ed. El Ateneo. Buenos Aires, 1989.
- BASSO DOMINGO, M. **"Bioética, Nacer y Morir con Dignidad"**. Edic. 3ª. Ed. Depalma. Buenos Aires, 1991.
- BERISTAIN, Antonio. Et. Ali. **"Criminología y Dignidad Humana" (Diálogos)**. Edic. 2ª. Ed. Depalma. Buenos Aires, 1991.
- BERISTAIN, Antonio. **"Eutanasia, Dignidad y Muerte"**. Ed. Depalma. Buenos Aires, 1991.
- BERNARD, Christian. **"Elegir su Vida, Elegir su Muerte"**. Ed. Argos Vergara. Barcelona - España, 1981.
- BOUZA, Luis Alberto. **"El Homicidio por Piedad y el Nuevo Código Penal"**. Colección Abadie-Santos-VII. Montevideo, Uruguay, 1935.
- CARDENAS, Raúl F. **"Aspectos Legales de la Eugenesia y la Eutanasia"**. Ed. Porrúa. México, 1989.
- CARRANCÁ Y TRUJILLO, Raúl. **"Derecho Penal Mexicano"**. Edic. 15ª. Ed. Porrúa. México, 1988.
- CASADO GONZÁLEZ, María. **"La Eutanasia: Aspectos Éticos y Jurídicos"**. Ed. Rius. Madrid - España, 1994.
- CASTELLANOS TENA, Fernando. **"Lineamientos de Derecho Penal Parte General"**. Edic. 30ª. Ed. Porrúa. México, 1991.
- CUELLO CALÓN, Eugenio. **"Derecho Penal Parte General"**. T. I. Edic. 18ª. Ed. Bosch. Barcelona - España, 1989.
- CUELLO CALÓN, Eugenio. **"El Problema Penal de la Eutanasia en Tres Temáticas Penales"**. Bosch Casa Editorial. Barcelona, 1955.

- CHAVEZ RIVERA, Ignacio. **"Come, Síncope, y Shock"**. Ed. U.N.A.M. México, 1966.
- DÍAZ ARANDA, Enrique. **"Del Suicidio a la Eutanasia"**. Ed. Cárdenas. México, 1998.
- FARREL, Martín Diego. **"La Ética del Aborto y la Eutanasia"**. Ed. Aveledo Perrot. Buenos Aires, 1985.
- GAFO, Javier. **"La Eutanasia, El Derecho a una Muerte Humana"**. Ed. Temas de hoy. Madrid, 1989.
- GATELL ARTIGAS, Joseph M. **"Guía Práctica del Sida"**. Edic. 2ª. Ed. Masson-Salvat. Barcelona, 1992.
- GIRALDO G., César Augusto. **"Medicina Forense"**. Edic. 6ª. Ed. Librería Señal. Medellín, 1991.
- GÓMEZ LÓPEZ, Orlando. **"El Homicidio"**. T. II. Ed. Temis. Colombia, 1993.
- GONZÁLEZ BARÓN, M. et. All. . **"Tratado de Medicina Paliativa y Tratamiento de Soporte en el Enfermo con Cáncer"**. Ed. Panamericana. Madrid, España, 1996.
- GONZÁLEZ BUSTAMANTE, Juan José. **"Euthanasia y Cultura"**. Asociación Mexicana de Sociología. México, D.F., 1982.
- GONZÁLEZ DE LA VEGA, Francisco. **"Derecho Penal Mexicano"**. Edic. 26ª. Ed. Porrúa. México, 1993.
- GISBERT CALABUIG, Juan Antonio. **"Medicina Legal y Toxicología"**. Edic. 4ª. Ed. Salvat. Barcelona, 1994.
- HUMPRY, Derek. **"El Derecho a Morir: Comprender la Eutanasia"**. Ed. Tusquets. Barcelona, 1989.
- JIMÉNEZ DE ASÚA, Luis. **"Libertad de Amar y Derecho a Morir"**. Edic. 7ª. Ediciones Depalma. Buenos Aires, 1992.
- JIMÉNEZ DE ASUA, Luis. **"Tratado de Derecho Penal"**. T. I. Ed. Lozada. Buenos Aires, Argentina, 1956.
- JIMÉNEZ HUERTA, Mariano. **"Segundo Curso de Derecho Penal. (Introducción al Estudio de la Parte Especial)"**. Edic. 2ª. Apuntes. México, 1958.
- LARA PEINADO, Federico. **"Código de Hammurabi"**. Editora Nacional. Madrid, España, 1982.

LEÓN C., Augusto. **"Ética en Medicina"**. Ed. Científico-Médica. Barcelona, 1973.

LÓPEZ BOLADO, Jorge. **"Los Homicidios Calificados"**. Edic. 3ª. Ed. Plus Ultra. Buenos Aires, 1975.

LUIS MARÍA, Teresa. **"Paciente Terminal y Muerte"**. Ed. Doyma. Barcelona, 1987.

MACIA BARREL, Antonio. **"La Persona Humana: Derechos Sobre su Propio Cuerpo Vivo y Muerto. Derecho sobre el Cuerpo Vivo y Muerto de otros Hombres"**. Ed. Bosch. Barcelona. 1989.

MORO GUTIÉRREZ, Lourdes. **"El Enfermo de Cáncer y su Entorno"**. Ed. Fundación "La Caixa". Barcelona, 1994.

OLESA MUÑIDO, Francisco Felipe. **"Inducción y Auxilio al Suicidio"**. Edic. 2ª. Ed. Bosch. Barcelona, 1958.

PÉREZ VALERA, Víctor Manuel. **"Eutanasia ¿Piedad? ¿Delito?"**. Ed. Jus. México, 1989.

Platón. **"La República"**. Edic. 2ª. Editores mexicanos unidos. México, 1992.

POLLARD, Brian. **"Eutanasia ¿Debemos matar a los enfermos terminales?"**. Ed. Rialp. Madrid - España, 1991.

QUIROZ CUARÓN, Alfonso. **"Medicina Forense"**. Edic. 6ª. Ed. Porrúa. México, 1990.

Vidal, Marciano. **"Bioética. (Estudios de Bioética Racional)"**. Ed. Técno. Madrid - España, 1989.

VILLALOBOS, Ignacio. **"Derecho Penal Mexicano. Parte General"**. Ed. Porrúa. Edic. 5ª. México, 1990.

REVISTAS CONSULTADAS.

AGUIRRE PRADO, Luis. **"Consentimiento Delictivo"**. Revista La Justicia. Ed. Lex Et Justitia T. XXVIII. No.321. México, D.F., 1950.

CARRANCA Y RIVAS, Raúl. **"El Cuerpo Mutilado"**. Revista Inter - Juris. Ed. Federación Nacional del Colegio de Abogados e Instituto Mexicano del Amparo. No. 1. Enero - Abril, 1980.

DEZA BRINGAS, Luis. **"Aspectos Médicos y Legales de la Muerte Cerebral"**. Colegio de Abogados de Lima. Revista del Foro. No. 1. Perú - Lima, 1986.

DÍAZ ARANDA, Enrique. **"Eutanasia ¿ Derecho a morir con dignidad?"**. Revista de la Facultad de derecho de México. T. XLIV. Nos. 193 - 194. México, Enero - Abril, 1994.

DIAZ ARANDA, Enrique. **"Consideraciones Penales en Torno a la Ubicación y Relevancia del Consentimiento de la Víctima en la Eutanasia"**. Revista Jurídica jalisciense. No. 5. Jalisco, Enero - Abril, 1995.

GRAVEN, Jean. **"Nuevas Aportaciones en Torno al Problema de la Vida y la Muerte y sus Incidencias Jurídicas"**. Revista Mexicana de derecho Penal. Ed. Tercera Época. No. 31. México, Enero - Febrero, 1970.

GUIMBERNAT ORDEIG, Enrique. **"Derecho a la Vida y Eutanasia"**. Revista Mexicana de Justicia. No. 4. México, D.F. Octubre - Diciembre, 1987.

GUTIÉRREZ, David. **"El Caso Stínissen: ¿ Eutanasia o Distanasia? Comentario a una Noticia"**. Revista Persona y Derecho. Suplemento Humana Iura. No. 1. Universidad de Navarra - España, 1991.

HERVADA, Javier. **"Los Derechos Inherentes a la Dignidad de la Persona Humana"**. Revista Persona y Derecho. Suplemento Humana Iura. No. 1. Ed. Universidad de Navarra - España, 1991.

I PLANAS DE FARNÉS, Joan Vilar. **"Tiempo para Vivir, Tiempo para Morir"**. Revista Derecho y Persona. No. 10. España, 1983.

LÓPEZ CALERA, Nicolás. **"La vida y la Muerte ante la Ética y el Derecho, Paternalismo Médico y Desarrollo Científico"**. Revista Doxa. Cuadernos de Filosofía del Derecho. V. II. Nos. 15 - 16. España, 1994.

LÓPEZ NAVARRO, José. **"La Prolongación Artificial de la Vida y los Límites de la Actuación Médica"**. Revista Istmo. No. 146. México, Mayo - Junio, 1983.

MARGADANT, Guillermo Floris. **"Eutanasia - Teoría"**. Revista Lex. No. 14. México, D. F., 15 de Septiembre, 1988.

MEDINA MONTESERIN, Teresa. **"¿ Tiene el Ser Humano un Derecho a Morir?"**. Revista Universitas. Universidad Pontificia Javeriana No. 229. Colombia, 13 de Junio, 1984.

POLAINO LORENTE, Aquilino M. "*Antinaturalidad y Eutanasia*". Revista Istmo. No. 146. México, mayo - junio, 1983.

POLAINO LORENTE, Aquilino. "*Ansiedad ante la Muerte y Actitudes ante la Eutanasia: Revisión Crítica de un estudio Experimental*". Revista Persona y Derecho. No. 8. Ed. Universidad de Navarra - España, 1981.

PUY, FRANCISCO. "*Fundamento Ético - Jurídico del Derecho a la Vida*". Revista Persona y Derecho. V. II. Ed. Universidad de Navarra - España, 1975.

PUY, FRANCISCO. "*La Eutanasia Hoy*". Revista Persona y Derecho. No. 26. Ed. Universidad de Navarra - España, 1991.

TORO NIETO, Vicente. "*Axiología Jurídica y Eutanasia*". Revista Jurídica Veracruzana. Ed. Tribunal Superior de Justicia del Gobierno de Veracruz. T. 28 No.4. México, Veracruz, octubre - diciembre, 1977.

ZUGALDÍA ESPINAR, José Miguel. "*Algunas Consideraciones sobre la Eutanasia en las Legislaciones Penales de Colombia y España*". Revista Chilena de Derecho. V. II. Nos. 2 - 3. Ed. Pontificia Universidad Católica de Chile. Mayo - Diciembre, 1987.

ENCICLOPEDIAS Y DICCIONARIOS.

DICCIONARIO JURÍDICO MEXICANO. Instituto de Investigaciones Jurídicas. Universidad Nacional Autónoma de México. Edic. 7ª. Ed. Porrúa. México, 1994.

ENCICLOPEDIA JURÍDICA OMEBA. T. X. Ed. Driskill, S.A. Buenos Aires, Argentina, 1986.

DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA. Real Academia Española. Edic. 15ª. Madrid - España, 1925.

LEGISLACIÓN CONSULTADA.

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. Edic. 2ª. Ed. Editores Unidos, S.A. México, 2000.

CÓDIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL. Edic. 59ª. Ed. Porrúa. México, 2000.

LEY GENERAL DE SALUD. 2 Tomos. Edic. 15ª. Ed. Porrúa. México, 1998.

CÓDIGO PENAL Y DE PROCEDIMIENTOS PENALES PARA EL ESTADO DE MÉXICO. Edic. 14ª. Ed. Porrúa. México, 1999.