



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

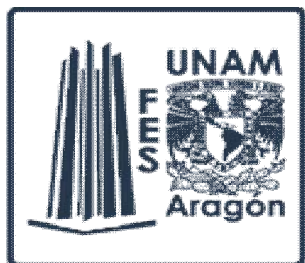
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ARAGÓN

LA NECESIDAD DE LEGISLAR Y REGULAR LA
IMPLEMENTACIÓN DE LA EUTANASIA ACTIVA COMO EL
DERECHO QUE POSEE EL INDIVIDUO A UNA MUERTE DIGNA
EN EL DERECHO PENAL MEXICANO

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN DERECHO

P R E S E N T A :
ALMA ELIZABETH ROJAS VERA



ASESOR: LIC. ABUNDIO ESTRADA GARDUÑO.

Nezahualcóyotl, Edo. de Méx., a 7 de Octubre de 2015.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Dedicatorias y Agradecimientos.

LA NECESIDAD DE LEGISLAR Y REGULAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LA EUTANASIA ACTIVA COMO EL DERECHO QUE POSEE EL INDIVIDUO A UNA MUERTE DIGNA EN EL DERECHO PENAL MEXICANO

INTRODUCCIÓN.....	1
--------------------------	----------

CAPITULO PRIMERO

ANTECEDENTES DE LA EUTANASIA (CRONOLOGÍA DE LA MUERTE)

1.1 Antigüedad.....	7
1.2. Edad Media.....	11
1.3. México prehispánico y colonia.....	12
1.4. Época Moderna.....	14
1.5. Época Contemporánea.....	15
1.5.1. Alemania.....	15
1.5.2. Estados Unidos.....	21
1.5.3. Francia.....	22
1.5.4. Holanda.....	23
1.6. La eutanasia en los países bajos.....	25
1.6.1. Otros países.....	27

CAPITULO SEGUNDO

CONCEPTO DE EUTANASIA Y SUS CLASIFICACIONES

2.1. Origen de la palabra.....	32
2.2. Diversas acepciones.....	33
2.2.1. Definición etimológica.....	35
2.2.2. Definición doctrinal.....	35
2.2.3. Definición médica.....	36
2.2.4. Definición Jurídica.....	37
2.2.5. Definición Personal.....	38
2.3. Elementos de la Eutanasia.....	40
2.3.1. Los sujetos que participan.....	41

2.3.2. Los motivos o razones por las que se lleva a cabo.....	41
2.3.3. Las consecuencias que se buscan.....	41
2.3.4. La naturaleza del acto.....	41
2.4. Clasificación.....	45
2.4.1. Por su finalidad.....	45
2.4.2. Por su Modalidad de Acción.....	46
2.4.3. Por su contenido volitivo.....	47
2.4.4. Por la intensión.....	47

CAPITULO TERCERO

CONCEPTOS CENTRALES Y RELACIONADOS PARA COMPRENDER LA EUTANASIA

3.1. Vida y muerte.....	49
3.1.1. La muerte en la realidad inorgánica.....	53
3.1.2. La muerte en la naturaleza orgánica.....	54
3.1.3. La muerte en la realidad humana.....	56
3.2. Conceptos Relacionados con la Eutanasia.....	59
3.2.1. Distanasia.....	59
3.2.2. Ortotanasia.....	59
3.2.3. Cacotanasia.....	60
3.2.4. Eugenesia.....	60
3.2.5. Enfermedad.....	62
3.2.6. Pacientes Terminales.....	62
3.2.7. Diagnóstico de desahucio.....	66
3.2.8. Suicidio asistido.....	67
3.2.9. Suicidio medicamento asistido.....	68
3.2.10. Asesinato y homicidio.....	71

CAPITULO CUARTO

FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL FENÓMENO DE LA EUTANASIA

4.1. De la Medicina.....	76
4.2. De los avances de la tecnología médica.....	80
4.3. Los fines de la medicina.....	85
4.3.1. La salud como fin fundamental de la medicina.....	86
4.3.2. Los tres fines u objetivos de la medicina, de Ruy Pérez Tamayo.....	88
4.3.3. Los cuatro fines de la medicina, del Hastings Center.....	90
4.3.3.1. La prevención de enfermedades y lesiones y La promoción y La conservación de la salud.....	90
4.3.3.2. El alivio del dolor y del sufrimiento causado por males.....	91
4.3.3.3. La atención y la curación de enfermos y los cuidados a los incurables.....	93
4.3.3.4. La evitación de la muerte prematura y la busca de una muerte tranquila.....	93
4.4. Relación médico-paciente.....	95
4.5. Los médicos y la obstinación terapéutica.....	99
4.6. Derechos de los pacientes.....	101
4.7. Derechos de los pacientes terminales contenidos en la Constitución y en la Ley General de Salud.....	104
4.8. Testimonio anticipado.....	108
4.9. Cuidados paliativos y el doble efecto.....	110
4.10. Pendiente resbalosa y sedación terminal.....	116
4.11. Muerte digna.....	118
4.12. La eutanasia y la autodeterminación del individuo.....	120
4.13. El derecho del enfermo en la etapa terminal de su existencia.....	122
4.13.1. El derecho a la vida.....	122
4.13.2. El derecho a la salud.....	123
4.13.3. Derecho a la asistencia sanitaria.....	124
4.13.4. Derecho a la libertad.....	125
4.13.5. El derecho a la seguridad personal.....	126

4.13.6. El derecho a la integridad psico-física y de la consiguiente prohibición de tratos crueles, inhumanos o degradantes.....	127
--	-----

CAPITULO QUINTO

LA NECESIDAD DE LEGISLAR Y REGULAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LA EUTANASIA ACTIVA COMO EL DERECHO QUE POSEE EL INDIVIDUO A UNA MUERTE DIGNA EN EL DERECHO PENAL MEXICANO.

5.1. Eutanasia en México: un Proceso Inconcluso.....	129
5.1.1. Antecedentes en México.....	130
5.1.2. Voluntad Anticipada.....	134
5.1.3. Hechos, alternativas y perspectivas.....	141
5.2. ¿Es la eutanasia activa voluntaria un delito?.....	152
5.2.1. Asociaciones pro-eutanasia.....	162
5.2.2. Argumentos sobre la muerte por eutanasia.....	166
5.3. Tipología de la eutanasia: una propuesta para simplificar y evaluar un proceso.....	172
5.3.1. Ejemplo para uso y aplicación del cuadro tipológico: un caso real.....	177
5.3.2. Aplicación del cuadro tipológico en el caso de la Dra. Postma.....	178
5.3.3. Anotaciones sobre la tipología presentada. Una propuesta de legalización.....	179
5.4. Propuesta para la Aplicación de la eutanasia en México.....	188
5.4.1. Clínica especializada en atención de enfermos terminales.....	189

CONCLUSIONES.....	195
BIBLIOGRAFÍA.....	203

INTRODUCCIÓN

“No hay quien haya visto a la muerte, A la muerte nadie le ha visto la cara. A la muerte nadie le ha oído la voz.

Pero, cruel, quiebra la muerte a los hombres. [...] los grandes dioses, reunidos en consejo, determinaron la muerte y la vida.

Pero la muerte no se ha de conocer el día”

Gilgamesh o la angustia por la muerte

(Tablilla X, col.VI)

Sobre la elección del tema

Al finalizar el *Diálogo del Fedon*, Sócrates, después de haber tomado la cicuta, le dice a Critón que es tiempo de ofrecer un gallo a Asclepio, dios de la medicina para los griegos e hijo de Apolo y Coronis. Son estas las últimas palabras del filósofo, las cuales guardan un significado profundo pues, aunque parezca trivial, Sócrates pide que se realice un sacrificio al dios de la medicina, cuando lo que le espera a él es la muerte y no la cura a sus males, como solía hacerse con ese tipo de sacrificios. El sacrificar un gallo (de preferencia blanco) a Asclepio era signo de agradecimiento porque se atribuía al dios la sanación del enfermo. Entonces, ¿por qué sacrificar un gallo cuando lo que vendrá es la muerte y no el alivio de la enfermedad? Una de las razones por las que Sócrates ordena dicho sacrificio a su nombre, es tal vez porque para él la muerte no es un mal, sino un bien. La muerte para el filósofo ateniense es la cura de los males que le afligen. Por esta razón, no resulta contradictorio ofrendar el gallo a Asclepio, puesto que es acorde con la función reconocida al dios, la cual era la curación de las enfermedades que agobian a los hombres.

A años de distancia de lo narrado por Platón, la muerte se ha considerado tanto un bien como un mal, primando este último como el sentido que se le da al morir en las sociedades actuales. Con esto no quiere decirse que morir sea siempre un hecho malo o fatal, sino que para los seres humanos, quienes son

conscientes de que han de morir, la muerte frustra sus planes de vida, termina con sus deseos y placeres, acabando así con sus experiencias y perspectivas. Pero, ¿qué ocurre cuándo una enfermedad mengua todo lo anterior, es decir, cuando una enfermedad frustra los planes de vida, los deseos, los sueños, los placeres, las experiencias, etc., eclipsando la existencia del ser humano? Para algunos, la presencia de una enfermedad terminal, es razón suficiente para poder abandonar la vida, aunque para otros no lo es, puesto que la vida es un bien sagrado del cual no se puede disponer. Por ejemplo, para los cristianos, vivir el dolor y el sufrimiento causado por la enfermedad, es la prueba más grande del amor a Cristo.

Ronald Dworkin utiliza una metáfora para argumentar a favor del dominio de la vida, como lo es la de la obra de teatro. Cuando el final de dicha obra es malo, no importa que lo anterior haya sido bueno, es decir, el hecho de que el final sea malo afecta lo anterior. Así ocurre con la vida de los seres humanos, aunque ésta haya sido grata y llena de experiencias placenteras, o acorde a los intereses de quien la vivió, si en el final de sus días se vuelve esclavo de una enfermedad terminal, toda experiencia pasada, aunque grata, termina contaminada por la experiencia final. Por tanto, debería tenerse a la mano, la posibilidad de terminar con la vida antes de que la vida termine con el paciente terminal.

De este modo pensar en eutanasia es pensar en la ineludible muerte y percatarse de su constante presencia en todo lo que vive. Las infinitas formas de acercarse a ella resultan un abanico de ideas y de sensaciones que permiten percibirla como un transcurrir del tiempo, no como un evento estático, sino como un incansable vivir en absoluto silencio. Por ende la muerte, es la causante de que la vida se mantenga activa y empuja al hombre a la acción, como esencia del deseo y motor que activa la vida actuando en consecuencia a través del tiempo en un murmullo constante sugiriendo que cada día será un día menos.

La muerte entonces se cristaliza en el tiempo, y aunque no siempre se piensa en ella porque se olvida o porque se vive no teniendo en cuenta que lo único seguro que como individuos poseemos es precisamente “la muerte”, en otras ocasiones es cuando se está cerca de esta, se le teme o incluso se le reta, pero siempre al llegar deja el desconcierto.

Recapacitar sobre la muerte me llevó a pensar en el dolor como el intermitente aviso de la enfermedad que puede ser vencida o aquella que abandona su intermitencia para enquistarse en el cuerpo y convertirse en el principal obstáculo de la vida. Entonces la muerte dejó de ser el espacio donde se depositaba el temor y se inclinó hacia el camino doloroso que hay que atravesar para poder llegar al final que no se puede evadir: nuestra propia muerte. Entonces supe que el acto de morir no es el problema, sino que el verdadero conflicto se halla en la vida, en el preciso momento en que las esperanzas se terminan y sólo queda soportar el dolor para llegar al encuentro con la muerte.

Esa idea del dolor como síntoma de la muerte adquirió mayor relevancia en mis reflexiones a causa de algunas experiencias personales y familiares, que me permitieron notar la imposibilidad de una *muerte dulce y muerte digna* que pudiera eliminar los tiempos de agonía. Todo ello me hizo considerar con mayor seriedad e interés este hecho y pasé de la reflexión a consideraciones más serias, es decir, a pensar la muerte dulce y digna, libre de agonía y sufrimiento como un objeto de estudio y análisis de relevancia social.

De esta manera elegí la eutanasia como tema de investigación, pensando en su aplicación en México.

Sobre el contenido de los capítulos

En el capítulo primero, se revisará la eutanasia desde la perspectiva histórica a través de lo que he llamado “cronología de la muerte” elaborada con la intención demostrar la forma en que la percepción de la muerte ha sufrido modificaciones con el paso del tiempo. Partiremos de la época prehistórica, para finalizar en el momento actual, resaltando primordialmente cuáles han sido los elementos que le han transformado, explicando a través de ellos por qué la eutanasia presenta las características propias que la conforman hoy en día y por qué fueron adquiridas. Así, a través de la historia, observaremos cómo los elementos místicos y religiosos se encuentran entrelazados a fundamentos prácticos y normativos que le dan sentido y cauce.

En el capítulo segundo estudiaremos a fondo lo que es la eutanasia, el origen de esta, su significado, y los diferentes conceptos y modalidades que surgen de esta, los elementos que la componen finalizando con su clasificación.

En capítulo tercero, revisaremos la concepción de la muerte, pero esta vez desde una perspectiva contemporánea, que nos permita reconocer más profundamente el proceso de la muerte y sus diferentes realidades, es decir, las realidades inorgánica, orgánica y humana, diferenciando lo vivo de lo que no lo está y la complejidad del hecho, pero principalmente descubrir la muerte como un proceso natural y fundamental para la continuidad de la vida. La eutanasia no es un solo evento, sino que presenta una serie de circunstancias distintas que hoy en día por falta de información son encasilladas en un mismo concepto: ortanasia, autanasia, eugenesia, cacotanasia, distanasia, adistanasia, y las formas activa y pasiva. Este desglose de conceptos pretende que podamos distinguir con precisión qué es la eutanasia, a qué se hace referencia cuando se habla de ella y principalmente comprender cuál es su trascendencia.

En el capítulo cuarto se muestra el avance técnico en el presente siglo, en la aplicación de la ciencia y técnica médica, que permiten prolongar la vida, de un ente social, en etapa terminal de su enfermedad, hasta límites que hace 20 o 30 años hubiesen resultado imposibles. Las modernas disponibilidades, mediante el apoyo de los fármacos y aparatos apropiados, pueden sostener convida, más allá de la edad, la enfermedad o la gravedad de la condición en la que nos hallemos, aunque este ser humano, solo se encontrara en estado vegetativo y sin ninguna esperanza de recuperación de sus signos vitales, y aun mas, su vida individual, física, familiar y social, pero los avances de la medicina traen aparejados algunos efectos no deseados, como la prolongación de la vida, más allá de lo que puede ser compatible con la existencia en condiciones de dignidad personal, como lo es el caso de la obstinación terapéutica al preguntarnos ¿Porqué se extiende el tratamiento cuya única eficacia es la de prolongar la agonía?. Si nos encontramos ante la situación de una aplicación de medios artificiales de soporte vital cuando pasen a ser una pura agresividad (a veces no exenta de encarnizamiento), es decir, cuando tales medios sean inútiles para conseguir tan siquiera una mínima recuperación, y se conviertan en inhumanos y degradantes. En este sentido en tales circunstancias el derecho a la vida implicaría que el propio proceso de morir evolucione según su cauce. Y lo que llamamos el “derecho a morir con dignidad”, seria simplemente el “derecho a vivir dignamente el final de la vida”.

De esta forma en este capítulo, se presentan los factores circunstanciales que intervienen en el fenómeno de la eutanasia; sus condiciones, formas y problemáticas intrínsecas, como son: “la pendiente resbalosa”, “la obstinación terapéutica”, “el doble efecto”, “los cuidados paliativos”, “el testimonio anticipado”, entre otros. Este capítulo nos permite observarlos principales problemas que presenta la eutanasia, conocerlos nos ayuda a construir un medio adecuado y proponer elementos para evaluarla en México en el caso hipotético de su legalización

En el último capítulo, con fundamento en los apartados anteriores, se presenta la propuesta de un esquema que contiene y compara las diversas formas de eutanasia existentes. Se explica con detalle su utilidad y aplicación. Tal esquema al que he llamado Tipología de la Eutanasia, permite establecer cuáles son las diversas formas que presenta y cuáles de ellas pueden ser viables en México.

Finalmente, se presenta una propuesta práctica que explica bajo qué circunstancias y condiciones las formas de eutanasia propuestas pueden ser llevadas a cabo en México, tomando en cuenta los diversos problemas a los que se enfrentaría el país y, por lo tanto, presentando los ajustes y condiciones necesarios para instituir un proyecto de esta envergadura.

“La muerte es una vieja historia y, sin embargo, siempre resulta nueva para alguien”

Iván Turgueniev

“Vivimos totalmente nuestras vidas a la sombra de la muerte...también es cierto que morimos a la sombra de nuestras vidas”

Ronald Dworkin.

CAPITULO PRIMERO

ANTECEDENTES DE LA EUTANASIA ([CRONOLOGÍA DE LA MUERTE](#))

1.1. Antigüedad

La historia de la eutanasia no es un evento superfluo, a través de ella se encuentra el sentido y la conexión de los elementos esenciales que han propiciado su transformación y nos muestra la forma en que se entrelaza el tiempo del hombre con su muerte.

El sentido de supervivencia, la concepción de humillación, y el miedo son elementos centrales para comprender los acontecimientos de la historia, no obstante, en la actualidad estos factores son afectados por dos nuevas condiciones de la modernidad: la ciencia y la tecnología, factores primordiales que propician el cambio frente a la posibilidad de que el dolor sea anulado y por ende que el morir sea una tenue terminación de la enfermedad.

Desde la aparición del hombre hasta el fin del cuarto periodo glacial en el

12,000a.C. Se conoce que la población tenían una vida nómada, que estaba obligada a buscar refugio, alimento, agua, abrigo y seguridad; esto implicaba que en el tiempo de migración abandonaran a los viejos, los heridos y a los enfermos ya que “durante ese tiempo se vivía frente una economía destructiva, con escasa cantidad de gente que vivía limitada por la insuficiente riqueza de la tierra, los ríos o de las orillas de los mares, que les obligaban a largos desplazamientos cuando escaseaban o faltaban en la región habitada”.¹ Así que guiados por acciones prácticas, los valores moral eso afectivos no eran parte fundamental para la toma de decisión es determinadas por la sobrevivencia; era común, por lo tanto, que la comunidad se alejara de algunos de sus integrantes viejos o enfermos, con la finalidad de liberarse de situación es que pusieran en riesgo al resto del grupo. Algunos ejemplos de ello son los casos de algunas comunidades esquimales en donde “los propios ancianos o enfermos solicitaban ser abandonados y encerrados y eran mantenidos por tres días dentro de un iglú para morir”,² y de otros pueblos antropófagos que mataban a los niños enfermos y ancianos para después alimentarse con ellos.

En la Antigüedad (que se caracteriza por ser la época histórica en la que se desarrollan las primeras civilizaciones) por ejemplo, “se consideraba entre los romanos que la salud del pueblo era la ley suprema por lo que en el imperio de los césares se permitía la eutanasia. Tanto en Grecia como en Roma era común matar niños nacidos con deformaciones o heridos, sin embargo, estas muertes eran provocadas y atroces”³. En Esparta era usual que los niños con malformaciones fueran arrojados desde lo alto del monte Taggeto. Los Bretones aniquilaban a los enfermos incurables, exponían a la intemperie y desnudos a los recién nacidos deformes, y ahogaban a las criaturas

¹Emanuel Marin Correa, *Los tiempos Antiguo*, Barcelona, Marin, 1980, p.68.

²Daniel Behar, *Cuando la vida ya no es vida ¿eutanasia?*, México, Pax, 2007, p.13

³Lino Ciccone, *Eutanasia ¿problema católico o problema de todos?*, Buenos Aires, Ciudad Nueva, 1994, p. 19

malformadas, además de que acostumbraban la anticoncepción, el aborto y el infanticidio del hijo de una esclava; todas ellas eran prácticas usuales y legales (dichas acciones no eran realizadas por cólera). También se sabe que en tiempo de Valerio Máximo (s.Ia.C.–s.IId.C.) se tenían depósitos de cicuta a disposición de quien mostrase deseos de morir pues como decía Séneca, había que “separar lo bueno de lo que no sirve para nada”⁴ Esto hace referencia a una selección humana mejor conocida como eugenesia(concepto que será explicado con detalle con posterioridad).

En China, por su parte, la eutanasia y la eugenesia se aplicaba a las mujeres que no podían engendrar un hijo varón, por lo que debían morir asfixiadas; a los padres o madres que tenían alguna enfermedad hereditaria y/o contagiosa, se les obligaba a matar al niño producto de esa unión, y por otra parte, también se debía matar al guerrero malherido (esto último se conoce como *homicidio piadoso*).

Pedro J. La Santa⁵ Dice que los celtas acostumbraban dar muerte a los ancianos y que en algunos grupos tribales era una especie de obligación que los hijos mayores dieran una “*buena muerte*” al padre. Ese acto era conocido como despenar (quitar el sufrimiento) lo que implicaba matar con arma blanca al herido de un accidente grave o con enfermedad crónica. Así, el acto de dar la muerte al enfermo era considerado un hecho honroso y privilegiado para quien lo realizaba.

Dichos hechos pueden contrastarse con el juramento hipocrático alrededor del año 500 a.C, que dice: “Jamás daré a nadie medicamentos mortal es por

⁴PhilippeAriés y George Duby, en: *Historia de la vida privada: del Imperio romano alañomil*, I, Madrid, Alfaguara, 1987, p.23

⁵Pedro J. Lasanta, *La eutanasia ¿es buena muerte?*, Logroño, Horizonte, 2006, p.19.

mucho que me soliciten, ni tomaré iniciativa alguna de este tipo, tampoco administraré abortivos a mujer alguna por el contrario, viviré y practicaré mi arte de forma santa y pura”.⁶(El cual sería difundido y adoptado por Galeno cerca del año 200 d.C.) y con la difusión de una nueva moral conocida como doctrina estoica iniciada por Zenón en el año 300 a.C. en la que se exaltaba la vida sencilla y moderada pretendiendo evaluar las leyes de la naturaleza, defendiendo la igualdad y solidaridad entre los hombres influenciada por doctrinas semíticas y cristianas, principalmente en lo relativo a la ética y la cosmología.

Los valores de la Antigüedad en relación con la muerte pueden ser distinguidos en dos perspectivas: en primer lugar por una cosmovisión basada en valores que permiten una muerte rápida y anticipada y que pretende salvar al hombre de la humillación y el deshonor a través de la reducción del sufrimiento tanto para él moribundo como para su comunidad y en segundo lugar desde una perspectiva divina donde la vida es un bien supremo, lo que implica que adelantarse la muerte o dársela a otro es inaceptable.

Por lo anterior se puede sustentar que la eutanasia en su transcurrir histórico ha pasado por diversas etapas, pero que hay dos factores principales que la diferencian de lo que se entiende por eutanasia actualmente:

1. La motivación: Es decir, aquello que sugiere al hombre realizarlo ayudar en la aplicación de la eutanasia, como resultado de un sentimiento benévolo de compasión, misericordia, piedad o lastima, que pretende evitar la agonía, en contra posición con el sentido de

⁶Juramento Hipocrático (500 A.C.), Actualización de la fórmula hipocrática de Ginebra, 1948, revisada en Sydney 1968 [en línea] portal Asociación Médica Mundial, <http://www.bioeticanet.info/documentos/JURHIP.pdf> [última consulta 7 de junio de 2015].

practicidad y conveniencia por la sobrevivencia de la especie.

2. La forma: Un proceso que sea llevado a cabo con los implementos tecnológicos que se tienen en su momento, según el desarrollo de la sociedad en que se habita, es decir, acelerar la muerte con una cuchillada, una espada, veneno o abandono resulta distinto de contar con implementos que permitan no sólo que la muerte sea rápida, sino que sea indolora e imperceptible debido al desarrollo y avance de la ciencia médica.

1.2. EDAD MEDIA

En la Edad Media se fortalece una de las ideologías de mayor preponderancia en las sociedades de Occidente, la religión judeo-cristiana que durante esta época adquirió numerosos seguidores.

Tomás Moro, por ejemplo, se convirtió en uno de los principales precursores de la ideología de esta época y los diez mandamientos fueron considerados un eje a través del cual el hombre debía conducirse. Entre estos mandamientos se encuentra el número 5, que dice “no matarás” y que se consideró uno de los más graves pecados. El establecimiento de la ideología religiosa se fortalece, y su influencia en el mundo conduce al hombre en dirección a la conformación de una sociedad “civilizada” que por un lado fomentó el respeto a la vida y el sentido de compasión, y por otro impulsa doctrinas que niegan al ser humano el derecho de disponer de su propio cuerpo, adjudicando éste derecho a una propiedad sagrada de Dios.

El suicidio, desde esta perspectiva, se convirtió en una falta a la ley de Dios y del Estado. Santo Tomás de Aquino decía “el suicidio no sólo es pecado porque viola el quinto mandamiento, sino porque no deja tiempo para el arrepentimiento”⁷ Pedir la muerte o dársela a sí mismo se convierte en un pecado, y aproximarla a otro ser para evitar su sufrimiento, se convierte en un acto que requiere de escarmiento quitándole al suicida el derecho de recibir sepultura cristiana, aunque ésta fuera realizada con la intención de ayudar a bien morir al enfermo.

Como resultado de la historia, el pensamiento de la Antigüedad de griegos y romanos se desvanece ante el crecimiento espiritual judeo-cristiano y éste surge como un medio de control Estado-Iglesia por la vía del miedo y la culpa, como sucedió durante la Santa Inquisición.

1.3. MÉXICO PREHISPÁNICO Y COLONIAL

En paralelo al desarrollo de los países Europeos la vida en México (hasta antes de la colonización) se desarrolla de forma independiente, Alfonso Pérez Reguera dice que la idiosincrasia en México es “resultado de un proceso de evolución propia de sus habitantes y del esfuerzo de muchos milenios de desarrollo cultural que nace desde la llegada de sus primeros habitantes⁸. Es decir, se transforma y construye en relación a su espacio y temporalidad histórica, ajena a la influencia de la cultura y costumbres de otros continentes.

En el México antiguo se conoce que el sacrificio humano era un acto honroso

⁷ Daniel Behar, op. cit., p. 15.

⁸ Alfonso Pérez Reguera y Alejandra Pérez Reguera García, México, nación de mitos, valores y símbolos: desde las culturas formadoras hasta la conquista, México, Instituto Mexicano de Contadores Públicos, 2002, p. 39.

para los hombres, incluso se aseguraba a aquellos elegidos quienes serían beneficiados por los dioses y tendrían un lugar cerca de ellos mientras que a sus familiares no les faltaría bien material ni cuidado.

Comprender el objetivo de los sacrificios prehispánicos es primordial para que no prevalezca la idea del sacrificio sólo como un crimen, dado que se encontraba sostenido por una cosmovisión religiosa que permitía la prevalencia de la humanidad en la tierra.

Así, encontramos tanto en los toltecas como en diversas culturas antiguas que se podía dar sentido y explicación a los acontecimientos de la naturaleza por medio de argumentaciones mitológicas, y que la realización de los sacrificios estaba fundamentada.

Entre los toltecas y los aztecas por ejemplo, se podía explicar el sacrificio humano con el hecho de que era necesario para poder preservar la vida del quinto sol que sabían iba a extinguirse, para ayudarlo era necesario alimentarlo con lo que ellos llamaban el líquido vital y sagrado representado por la sangre y por el corazón humano, con la finalidad de cambiar el destino del dios sol, quien a su vez derramó su sangre para crear la vida de los hombres. Así, “el sacrificio de los dioses era para mantener la vida de los seres humanos, concepto que va a ser primordial en el pensamiento religioso de los mexicas”,⁹ convirtiendo el dolor de los dioses y de los hombres en el origen del movimiento y la continuidad de la vida humana.

Con la llegada de los europeos a tierra americana se producen grandes cambios en la vida de las culturas antiguas de América. En México, perderla

⁹ *Ibid*, p.174

guerra contra los europeos no sólo significó su sometimiento físico sino también el ideológico (en tanto sus dioses habían perdido la guerra contra los dioses invasores), y los obliga a cambiar su idiosincrasia.

Ese hecho generó su adhesión a otras formas de pensamiento y la consumación de la sumisión de las culturas mesoamericanas a los nuevos dioses, convirtiéndose poco a poco al catolicismo y transformando su cosmovisión del mundo incluyendo su relación con la muerte. Con el paso del tiempo el suicidio se volvió pecado y honrar al guerrero con el sacrificio después de la batalla fue prohibido, el auto-sacrificio para los guerreros que no morían en la lucha y quedaban mal heridos dejó de ser una práctica. Así, con la colonia y la sumisión al nuevo Dios, desaparece lo que consideraban una muerte honrosa y rápida.

Tener presentes esos acontecimientos permite comprender cómo y por qué la imposición de una nueva cultura fue factor fundamental en la transformación del significado de la muerte, y percatarnos de la gran importancia que tiene el pensamiento místico-religioso en dichos acontecimientos, sin los que muy probablemente no habrían podido suceder. A pesar de la dura transformación que sufren las culturas antiguas no se puede borrar su historia, lo que significa que se presenta un proceso de sincretización, evidente en las costumbres y tradiciones propias de México, por ello y a pesar de la aplastante imposición de los valores occidentales la conceptualización de la muerte es resultado de la conciliación de ambas culturas en América.

La muerte en la cultura antigua y en la Edad Media, tienen características diametralmente opuestas, considerar que una concepción es buena y la otra es mala o que una forma de morir es mejor que la otra es resultado de una serie

de valores sociales. Por ello es indispensable pensarla desde una perspectiva laica que nos oriente y permita establecer cuáles son las condiciones que permitan al ser humano adquirir una mejor condición al momento de su muerte.

1.4. ÉPOCA MODERNA

A partir del siglo XV, y como contraparte del pensamiento de la Edad Media en Europa, confluyen y se desarrollan ideas antes inaceptables. A Francis Bacon (1561-1623) por ejemplo, se le atribuyó el uso del término la ayuda en el morir “para referirse a aquellas medidas encaminadas a transformar el episodio de la muerte en algo menos desagradable por lo que el médico debía ayudar a mitigar el dolor y sufrimiento”¹⁰

En el siglo XVII, “se utiliza el término eutanasia para referirse a muerte fácil”.¹¹ Incluso en la práctica los médicos idearon poner en un solo lugar a todos aquellos enfermos que consideraban indeseados para evitar contagios alejándolos del contacto humano; ello se parecía más a una forma de ocultar la realidad que a un interés por comprenderla.

1.5. ÉPOCA CONTEMPORANEA

1.5.1. ALEMANIA

A principios del siglo XIX, Karl Marx Presento su “Eutanasia Medica”. En esta tesis crítica a los médicos que tratan enfermedades más que pacientes y abandonan a estos cuando no pueden curarlos, según él no se espera que el médico evite la muerte, sino que alivie el sufrimiento cuando ha desaparecido toda esperanza.¹²

¹⁰Pedro J. Lasanta, op. cit., p.20.

¹¹Ibid, p. 19

¹²KRAUS, Arnoldo, et al., Eutanasia, Tercer Milenio, México, 1998.p.p. 13-14.

David Hume decía que, en el momento en que la vida se convierte en una carga, el arrojo y la cordura debían ayudar a acabar con la existencia. Lo que parecía ser un llamado a la conciencia individual estaba orientado más bien a la práctica suicida, de igual forma sostenía que “cuando la vida se ha vuelto una carga, el coraje y prudencia deben ayudarnos a acabar con nuestra existencia” así mismo refiere que " si el disponer de la vida humana fuera algo reservado exclusivamente al todopoderoso, y fuese infringir el derecho divino el que los hombres dispusieran de sus propias vidas, tan criminal sería el que un hombre actuara para conservar la vida, como el que decidiese destruirla.¹³

En el párrafo anterior se habla de luchar contra la vida o la muerte pero con el mismo coraje, es decir cuando nacemos luchamos por vivir, pero cuando se sufre tal como lo es cuando se padece una enfermedad, también se tiene derecho a luchar por morir.

Justifica la eutanasia en términos prácticos al decir que: "...una vez que se admite que la edad, la enfermedad o la desgracia pueden convertir la vida en una carga y hacer de ella algo peor que la aniquilación. Creo que ningún hombre ha renunciado a la vida si esta mereciera conservarse".¹⁴

Por su parte Arthur Schopenhauer comenta que la eutanasia es una buena muerte un alivio al enfermo, al sostener “Cuando los terrores de la vida pesan más que los terrores de la muerte, el hombre debe terminar con su existencia”.¹⁵ Sus contemporáneos reconocen que vivir, en sí mismo, no es el valor supremo, Se defienden si vale la pena, pero carece de sentido una vida consumida por el dolor.

¹³Ibidem, p.p 15-17.

¹⁴Ídem.

¹⁵SUAREZ ALDANA, Camilo, La Eutanasia, Colombia, 1991, p.p52

Para Immanuel Kant la eutanasia tiene en cuenta la potencialidad de ese ser humano, las posibilidades de desarrollo de sus capacidades. "La vida no vale por sí misma, sino en función de un proyecto de vida ligado con una libertad y una autonomía así mismo a una calidad de vida, ésta se justifica si permite la base material para una vida digna".¹⁶

Kant justifica vivir dignamente porque todo es un complemento, un proyecto como lo menciona ser libre y autónomo es decir no depender de nada ni nadie.

En el siglo XIX se reanuda la polémica sobre la eutanasia. Se constituye en Gran Bretaña una sociedad a favor de la eutanasia voluntaria, que solicita la legalización de la eutanasia.

El siglo XX, se caracterizó por ser un siglo lleno de contradicciones, por un lado se consideraba la eutanasia un mal y por el otro un bien necesario que conlleva al surgimiento de diversas asociaciones a favor de ella.

En la Alemania Nazi (1933-1945) por ejemplo, se incorporó la llamada eugenesia nazi, no sólo como discurso político, sino que fue llevada a la práctica con el fin del exterminio haciéndola llamar "higiene racial" y en cuyo proceso, además de la eugenesia, se aplicó la tortura, la mutilación, y la violación. Argumentando que todo era por la mejora de la especie.

La brutal aplicación de la eutanasia en la época nazi convirtió esta palabra en un término tabú en los años de la posguerra. Sobre todo a partir de los años

¹⁶Ídem

setenta, la discusión en torno a la eutanasia comienza a ser más intensa.

El programa original de eutanasia destinado a "purificar" la raza germana fue una creación de ciertos médicos, no de Adolfo Hitler, ya que el simplemente permitió el empleo de instrumentos que otros habían preparado para la exterminación de la raza judía.

1. En 1920 se publicó un libro titulado "El Permiso para Destruir la Vida Indigna"¹⁷, por Alfred Erich Hoche, profesor de psiquiatría en la Universidad de Freiburg. Defendió en su libro a los pacientes que pedían "ayuda de muerte", debía ser autorizado por un médico, bajo determinadas condiciones: Debía ser autorizado por tres expertos.
2. El derecho del paciente para retirar su demanda en cualquier momento.
3. La protección legal de los médicos que lo ayudarían a terminar con su vida.

Alfred Hoche explicó como la ayuda de muerte era congruente con la ética médica más alta y era esencialmente una solución compasiva a un problema doloroso. Se aplicaría apacientes en coma, con daño cerebral, en algunas condiciones psiquiátricas, y en retraso mental.

Adujo que los beneficios a la sociedad serían grandes, el dinero previamente consagrado al cuidado de "vida del sin sentido" se encauzaría a aquellos que más lo necesitaran.

¹⁷KRAUS, Arnoldo, *Op cit.*20-22.

El Ministerio de Justicia describió la propuesta "como lo que haría posible para los médicos acabar con las torturas de pacientes incurables, en los intereses de verdadera humanidad".¹⁸ Y los ahorros redundarían en las personas alemanas si el dinero ya no se tira con el inválido, el incurable, y "aquellos en el umbral de vejez".

El primer caso conocido de la aplicación de esta propuesta en ese momento aceptada involucró "el Bebé Knauer". El padre del niño pidió del propio Adolph Hitler que a su hijo se le permitiera la muerte porque él era ciego, con atraso mental y sin un brazo y una pierna. Hitler derivó el caso a su médico personal, Karl Brandt, y en 1938 la demanda se concedió.

La primera cámara de gas fue diseñada por profesores de psiquiatría de importantes universidades de Alemania. Ellos seleccionaron a los pacientes y contemplaron que instrumentos utilizarían y cómo morían. Así mismo comenzaron a reducir los "requisitos" para los candidatos hasta que los hospitales psiquiátricos quedaron prácticamente vacíos.

A estos psiquiatras se les unieron algunos pediatras, que en 1939 empezaron a vaciar instituciones para niños discapacitados ya que utilizaban los instrumentos ya previstos y los aplicaban a niños que cumplieran o no los requisitos para quitarles la vida.

Durante los próximos meses, se establecieron los medios prácticos por los que

¹⁸http://spiderbites.nytimes.com/pay_1933/articles_1933_10_00004.html Fuente consultada: 21 de agosto 2015. Hora 11:31pm.

podrían concederse tales "muertes de misericordia"¹⁹ a otros niños que no tenían ninguna perspectiva para la vida.

El hospital a Eglfing-Haar bajo la dirección de Hermann Pfannmuller, M.D., dejó sin alimentos a muchos de los niños inválidos a su cuidado hasta que ellos murieran de "causas naturales".

A los médicos que no estaban de acuerdo con lo que les pedían se les decía que ellos no los estaban matando sino simplemente deteniendo el tratamiento y "permitiendo que la naturaleza siguiera su curso".²⁰

Al final de 1939, Hitler firmó esta carta: "Reichleader Bouhler y Dr. Brandt se comisionaron para extender la autoridad de los médicos para ser designados responsablemente para que pudieran conceder una muerte misericordiosa a los pacientes que, según el juicio humano, están incurablemente enfermos según la evaluación más crítica del estado de sus enfermedades"²¹. No se pidió que los médicos participaran, simplemente era una cuestión privada entre el médico y su paciente o la familia.

Para 1945 la exageración de purificar a la Raza Alemana que estos médicos ya se habían perfeccionado tanto que ya mataban a niños que mojaban la cama, a otros con orejas que no eran perfectas, y a aquellos con dificultades

¹⁹Misericordia de muerte o suicidio asistido de tomar acción directa para poner fin a la vida de un paciente porque el paciente ha pedido voluntariamente. Significa también tomar medidas directas para poner fin a la vida de un paciente con o sin el / ella su permiso. <http://hubpages.com/hub/Moral-Aspirations-of-Mercy-Death-and-Mercy-Killing> 21 de agosto 2015. Hora de consulta 11:50pm.

²⁰http://www.fcpeace.com/spanish/provida/euta_21holandes.htm 10 de agosto 2015. Hora de consulta 9:15pm.

²¹Ibídem.

de aprendizaje.²²

Hubo internistas que ayudaron a vaciar los hogares para ancianos. Luego algunos médicos salieron a la calle, sacaron de sus hogares a muchos viejos y discapacitados y los mataron. Para 1945 estos médicos habían eliminado, incluso, a muchos veteranos de la Primera Guerra Mundial.

Pocas personas saben que los médicos que participaban en el "Programa Alemán de Eutanasia "lo hacían voluntariamente". Algunos abandonaron el programa sin que sufrieran represalias. Por supuesto que Hitler aprobaba todo e incluso ejercía presiones específicas, pero fueron los médicos los que lo iniciaron.

Hitler, inspirándose en esto, después de la matanza eugénica de casi 300.000 alemanes arios considerados "defectuosos", aprovechó sus cámaras de gases y procedió a la eliminación de las razas "defectuosas". Así, destruyó una raza entera de gitanos, seis millones de judíos, y quizá casi todos los polacos, rusos y europeos que fueron capturados.²³

Los métodos que usaron en Alemania fueron al principio con rasgos de lo que es la Eutanasia el ayudar al buen morir, pero realmente el fondo no lo mostraban ya que lo que ellos querían hacer era eugenesia, matar a quien no fuera una raza pura alemana y no importaba si eran niños, mujeres, hombres o ancianos.

²²<http://art-bin.com/art/awertham.html>. Fuente Consultada: 14 de Agosto 2015. Hora de consulta 11:59pm.

²³Idem.

1.5.2. ESTADOS UNIDOS

Por el contrario, en Estados Unidos, el Dr. Jack Kevorkian, médico e investigador, mejor conocido como el *Dr. Muerte*, aplicó a sus pacientes y promovió la práctica de la eutanasia pese a su prohibición “en 1956, sentó las bases para un movimiento general que buscaba un camino intermedio, dejando a la oposición tradicional contra toda clase de eutanasia como otra forma de extremismo y ofreció la opción al suicidio con asistencia médica, como la más moderada”.²⁴ Su invento más sobresaliente fue la llamada “máquina de la muerte” un aparato que contenía infusiones y que al ser activado por el mismo paciente, producía la muerte sin ningún tipo de dolor o molestia.

Las acciones del Dr. Jack Kevorkian, ocasionaron que “en Michigan se precipitara la aprobación de una legislación que prohibiera el suicidio con asistencia médica”²⁵ y que la Asamblea General de la Asociación Médica Mundial condenará la práctica de la eutanasia en cualquier circunstancia.

Para 1968 y 1970 se solicita el permiso de aplicar la eutanasia en Inglaterra y Suiza, sin embargo, el resultado continuó siendo negativo.

²⁴ John Keown, *La eutanasia examinada: Perspectivas éticas, clínicas y legales*, México, FCE., 2004, pp. 20-21.

²⁵ *Ibid*, p.24.

A continuación estudiaremos algunos documentos los cuales son los que destacan como primer intento de legalización de la eutanasia:

En primer lugar el famoso Bill of Rights americano o Carta de los derechos de los enfermos de los hospitales. En este documento, se cita el derecho "*a rechazar el tratamiento en la extensión permitida por la ley y a ser informados de las consecuencias médicas de su decisión*".

En esta misma línea sería lógico situar la ley del Estado de California, imitada después por otros estados americanos, y otros proyectos de ley no pretenden legalizar la eutanasia, sino afirmar el derecho del enfermo a poner límites a los tratamientos con medidas extraordinarias.

Por el contrario, el famoso Manifiesto a favor de la eutanasia, publicado en The Humanist en 1975 y suscrito por varios premios Nobel y otras personalidades relevantes, da un paso adelante: "Nos declaramos, por razones éticas, a favor de la eutanasia".

El documento afirma que el individuo "tiene la libertad para decidir razonablemente su propia muerte"; "es cruel y bárbaro exigir que una persona sea mantenida viva contra su voluntad, rehusándole la liberación que desea". Finalmente, afirma con solemnidad que, "puesto que todo individuo tiene el derecho a vivir con dignidad, también tiene el derecho a morir con dignidad".²⁶

²⁶*Cfr.<http://www.icergua.org/latam/pdf/10-segsemestre/01-sexto-semester/04-fs6/05.pdf>. Fuente Consultada: 10 de Agosto 2015. Hora 10:36pm.

1.5.3. FRANCIA

En 1516, Sir Thomas Moro se refiere al procedimiento eutanásico en su obra cumbre "Utopía".²⁷

Pero quizá el ejemplo más dramático del ejercicio eutanásico sea la Francia renacentista. Tal como describe el más grande cirujano del siglo XVI, Ambrosio Pare: "Entre aun establo y encontré cuatro soldados muertos y tres recostados contra la pared, con sus caras completamente desfiguradas, ciegos, sordos y mudos y con ropas humeando por la pólvora que los había quemado... Un soldado viejo me aborda y me pregunto si existía alguna forma de curarlos, a lo cual Respondí que era imposible."²⁸

Entonces se aproximó a los heridos y les corto el cuello delicadamente y sin rabia. Viendo esta cruel acción le dije que era un hombre perverso, a lo cual me respondió que si él hubiera sido el herido, cualquiera de sus compañeros le habría prestado la misma muerte rápida, en lugar de dejarlo morir lánguida y miserablemente".²⁹

En el siglo XVII se utilizó el término Eutanasi para referirse a Muerte fácil. De hecho, hospitales como la *Salpetriere* se idearon más con un criterio de concentrar en un solo sitio a los indeseables sociales, principalmente enfermos, inválidos, huérfanos y mendigos, que salían del miserable nacimiento de las casas de salud solamente en tres formas al ejército, al cementerio o a las galeras.

²⁷MORO, Thomas, Óp. cit, pp.172-173.

²⁸Ibidem, pp.174-178.

²⁹VALDEZ AGUILAR, Rafael, Mitos en la historia universal de la medicina, BUAP, México, 2001, pp. 22-29.

1.5.4. HOLANDA

Uno de los ejemplos de la aplicación legal de la eutanasia lo podemos encontrar en Holanda donde se ha aceptado y es hoy en día una realidad. A partir de este evento la sociedad ha sufrido importantes transformaciones en su manera de pensar la muerte, este hecho excepcional se ha convertido en algo rutinario, a tal punto, que incluso han creado una píldora conocida como la píldora del último día, el fármaco tiene el nombre de Drion píldora, (por el nombre del parlamentario que la propuso), quien sugiere “que cada anciano debería tener una en su mesita de noche para que pueda acabar con su existencia”³⁰ en el momento que lo desee así pues, en consideración al envejecimiento progresivo de la población, debido a la prolongación de la vida en las personas mayores y a la posibilidad de sufrir enfermedades crónicas e incurables, los holandeses han analizado muy cuidadosamente la aceptación de la muerte como una posibilidad real.

Así mismo, la confianza de la gente en sus médicos familiares y el planteamiento del problema entre la Asociación Médica Holandesa y el Tribunal Supremo Holandés, ayudó a perfeccionar el documento conocido como la “Declaración de Voluntad Vital”³¹. En donde se plantea la indefensión de la persona y el compromiso de su dignidad personal frente a una abrumadora tecnología que prolonga la vida en una forma absurda.

Pero lo más contundente es el hecho de haberse notificado 1424 casos de eutanasia, de los cuales 1410 llegaron al denominado desistimiento por parte de la Fiscalía de La Haya. 14 casos que fueron a juicio fueron completamente

³⁰Ibid, p. 34

³¹La declaración de voluntad vital es el derecho que una persona tiene a decidir sobre las actuaciones sanitarias de las que pueda ser objeto en el futuro, en el supuesto de que llegado el momento carezca de capacidad para decidir por sí misma.http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=gr_voluntAnticFuente consultada: 11 de Agosto 2015. Hora 11:28pm

absueltos luego de la investigación preliminar.³² Los holandeses consideran que, siempre que la eutanasia se practique dentro del marco de la *lex-artis* para tal efecto, no puede ser considerada delito.

En nuestro continente el evento más reciente es el de la llamada “máquina de la muerte”. El Doctor *Jack Kevor Kian*, luego de mucho tiempo de estudio y experimentación animal diseñó una máquina que contenía infusión de barbitúricos, relajantes musculares y cloruro de potasio que, al ser activada por el mismo paciente, producía la muerte sin ningún tipo de dolor o molestia, en el lapso de seis minutos. Una de sus primeras pacientes fue la señora Janeth Adkins, quien a los cincuenta y cuatro años de edad y luego de haber recibido la noticia de una enfermedad incurable, decidió poner fin a sus días con la máquina del doctor Kevor Kian, eximiéndolo por escrito de toda responsabilidad.³³

1.6. LA EUTANASIA EN LOS PAÍSES BAJOS

Los primeros casos de eutanasia en los Países Bajos en los años setenta eran supuestamente voluntarios.

En el año de 1973 la eutanasia era ilegal en estos países.³⁴

En el mismo año, se arrestó a un médico por matar a su madre, enferma terminal, con morfina ya que esta estaba muy enferma y le suplicaba a este que terminara con su vida. La pena fue una semana en la cárcel.

³²<http://www.bibliojuridica.org/libros/1/172/17.pdf> Fuente Consultada: 11 agosto de 2015. Hora 11:29pm.

³³Idem.

³⁴HUMPREY, Derek, “El derecho a morir, comprender la eutanasia”, Bélgica, 2002, p.225.

Esto estableció un precedente, y las cortes dictaron un conjunto de pautas que permitían a los médicos ayudar a un paciente a cometer ese tipo de actos pero con ciertos requisitos o características, insistiendo que el paciente debe estar padeciendo una enfermedad terminal, y que él debe pedirlo.

En 1984, la Sociedad Real de Medicina emitió las reglas de conducta cuidadosa para la eutanasia. Éstos requirieron al médico informar al paciente su condición, consultar a sus parientes más cercanos, consultar a otro médico por lo menos, guardar archivos escritos, y, en el caso de un niño, obtener el consentimiento de los padres o tutores.³⁵

En 1985 una corte dejó caer el requisito de la "enfermedad terminal"³⁶ en un caso que involucra a una muchacha joven con esclerosis en placas. Mientras su enfermedad era incurable, no había ninguna razón por qué ella no pudiera vivir indefinidamente.³⁷

En 1990, médicos estaban envueltos en casi todas las muertes en el país. De éstos, la mitad se etiquetó "eutanasia involuntaria activa", es decir, el paciente se mató sin su consentimiento.³⁸

En 1995, el Parlamento legisló estas decisiones judiciales. En las cuales no hay

³⁵Idem.

³⁶Enfermedad terminal: Es aquella que no se puede curar y que es mortal
<http://www.cancer.gov/diccionario/?CdrID=44178>. Fuente Consultada: 14 de Agosto de 2015. Hora 10:34 pm.

³⁷HUMPREY, Derek, Opcit, p.226-227.

³⁸Ibídem. p.p229-232.

ningún límite en la categoría de pacientes para eutanasia:

- a. Los bebés recién nacidos, inválidos, tienen un riesgo muy alto. Los Infantes prematuros, o aquellos con espina bífida son a menudo candidatos para la muerte por inanición o deshidratación.
- b. Les niegan a menudo vida que ahorra tratamiento médico, sólo debido a sus invalideces y la presunción que ellos tendrán "sin oportunidades". A algunos se dan inyecciones letales.
- c. Un riesgo similar existe para el enfermo mental. Una familia encontró a su familiar, paciente de Alzheimer comatoso después de una semana en un geriátrico. Había sido deshidratado deliberadamente. La familia lo llevó inmediatamente a un hospital en donde le administraron fluidos intravenosos.
- d. Ni siquiera las personas completamente saludables pero deprimidas están seguras. Los médicos a favor de la eutanasia siempre parecen listos para recomendar o conceder una demanda para la muerte, aun cuando el paciente es el que decide.

1.6.1. OTROS PAÍSES

El uso de la eutanasia, utilizada previamente por culturas antiguas, se debe al empuje de Hill Hickman en Paris en 1828 y Morton y Warren en 1846 en los Estados Unidos.

En 1831 se descubre el cloroformo y se utiliza en Edimburgo en 1847, así mismo los alemanes descubren el Cloruro de Etilo en 1848 y en 1848 se sugiere la utilización de la anestesia para aliviar las molestias de la agonía consiguiendo con todas las anteriores la muerte de personas.³⁹

El primer tratado sobre eutanasia fue escrito por el Dr. William Mont en el siglo XIX. Fue precisamente a finales de este siglo cuando se utiliza el término para referirse a la acción misma de poner fin a la vida de un enfermo.

En 1905 Charles Norton vuelve a proponer el ejercicio de la eutanasia.

En 1933 en Uruguay, se establece en el artículo 37 del Código Penal que el juez podía exonerar de castigo al sujeto que cometiera delito de homicidio si éste era una persona con antecedentes honorables y si el móvil era realizado por piedad, mediante las suplicas de la víctima, mismo hecho aplicaría en Colombia, en su artículo 364 desde 1936 y en Argentina en su artículo 114. No obstante, hoy en día en ninguno de estos países se ha legalizado la eutanasia.

En 1935 se funda en Londres la Sociedad para la Eutanasia, por el Dr. *Killick Millard*. Su contraparte Norteamericana nace en 1938.⁴⁰

En el año de 1936 se realiza un Debate en el Parlamento británico para

³⁹VALDEZ AGUILAR, Rafael, Óp. cit, p.85.

⁴⁰Ídem.

legalizar la eutanasia.⁴¹

En 1938 cuando se forma simultáneamente en Inglaterra y Nueva York la primera sociedad a favor de la eutanasia que posteriormente en 1988 cambio de nombre a Asociación Pro-Derecho a Morir, extendiéndose dichas asociaciones en Australia, Alemania, Japón, China, Filipinas, Israel, y otros países.⁴²

En ese mismo año se funda la *Euthanasia Society of America* (ESA) la sociedad de Eutanasia de América; su meta: legalizar el suicidio con la asistencia de un médico para los enfermos terminales.

La razón la podemos encontrar en el avance tan enorme que han sufrido las llamadas Tecnologías, aplicadas a las Ciencias, y que han originado, como es evidente, una gran transformación en el pensamiento humano. El uso de alta tecnología utilizada en el campo de la medicina ha incrementado la esperanza y la calidad de vida en pacientes que, no mucho tiempo atrás, hubieran perdido toda posibilidad de vivir.

Sin embargo, toda espada tiene su doble filo. Unido a este incremento en las expectativas de vida, aparece también la triste realidad de la situación de muchos enfermos que son obligados a vivir en condiciones dramáticas e incluso en determinados casos indignas. Enfermos terminales unidos a tubos, máquinas y enchufes, sometidos a tratamientos químicos a veces inútiles y vejatorios, han revitalizado la polémica.

⁴¹VALDEZ AGUILAR, Rafael, Op. cit.,p.86.

⁴²Ibídem.

En Suiza por su parte el código penal regente desde 1942 ha seguido el criterio de atenuante y la pena que se establece es de 3 días a 3 años. El juez puede imponer al hecho el mínimo de la pena por lo que resulta prácticamente el perdón judicial de aquel que realiza la muerte benéfica.

En 1967 es fundado el Euthanasia Educational Fund (Fondo Educativo Eutanasia), se realiza un esfuerzo general para la educación pública sobre la eutanasia como una opción aceptable.⁴³

En 1970 Es fundado *la Society for the Right to Die* (La sociedad para el derecho para morir).⁴⁴

En 1972 es fundado el *Euthanasia Educational Council* (Consejo Educativo de Eutanasia).⁴⁵

En 1980 es fundado el *Hemlock Society* (Sociedad de Cicuta) por *Derek Humphry*.⁴⁶

En 1985 y 1986 los casos importantes de las cortes que promocionar la eutanasia incluyen *Claire Conroy, Elizabeth Bouvia, y Helen Corbett*.⁴⁷

En 1955 los textos “Moral y Medicina” por Joseph Fletcher y “La santidad de la vida y la ley animal” de Glanville Williams en 1958, hablan sobre el derecho a morir dignamente y la obligación moral del médico a colaborar con el enfermo

⁴³DWORKING, Ronald, et al., *La Eutanasia y el Auxilio Médico al Suicidio*, Cambridge University Press, España, 2000, pp. 156-161.

⁴⁴Ibidem. p.p157-160.

⁴⁵Ídem.

⁴⁶DWORKING, Ronald, et al, p.p162-165.

⁴⁷Ibidem. p.p 166-167.

terminal.⁴⁸

En el siglo XX en E.U.A. y en Europa surge la inquietud para el apoyo de la eutanasia y su legislación. En la última mitad del siglo en E.U.A., Alemania y Holanda las actividades de los defensores del derecho a morir se ha polarizado de los defensores hacia la eutanasia activa.

En los último años, en México se inicia una importante discusión en torno a la eutanasia, partiendo de hechos relevantes que han dado apertura e impulso al tema de forma profunda, desde múltiples perspectivas y con la participación de los diferentes sectores de la sociedad, no sólo en el ámbito de la salud, sino también de lo cultural, del derecho, la política, la salud, la ciencia y la tecnología.

De la anterior investigación podemos decir que la eutanasia ha ido ganado campo en todo el mundo y si bien es cierto Desafortunadamente a lo largo de la historia y debido a los intereses de las naciones se observa el mal uso que se ha dado a los avances científicos y tecnológicos. En el caso particular de la eutanasia, la actitud discriminatoria e irracional de algunos países como Japón y Alemania ha violentando los derechos humanos con acciones como la esterilización forzosa a personas con defectos genéticos, el asesinato institucional y los genocidios, lo que da como resultado el establecimiento del miedo, uno de los motivos por los que muchas personas hoy en día están en contra de su legalización, pero de igual forma así como en algunos países no es aceptada, su antecedente indica que si es practicada desde ya hace muchos siglos.

⁴⁸ídem.

De esta manera podemos observar el estado general de la eutanasia (que será revisado con mayor detenimiento en capítulos posteriores) en la actualidad se encuentra de la siguiente manera:

En Holanda, Bélgica y Luxemburgo se aprobó y legisló la *eutanasia activa voluntaria*, mientras que en Suiza y Suecia se admitió el *suicidio asistido*; en Australia se admitió el derecho a la muerte natural y el derecho del enfermo a revisar su caso de manera particular en la corte, mientras que en España no hay ningún tipo de aprobación pero existe la organización social que ejerce presión al Estado con la finalidad de adquirir su derecho a una muerte digna.

En cuanto al “testamento de vida” del cual se hablará con detalle más adelante, también presenta diversos cuestionamientos ideológicos, políticos y legales relacionados a su adecuado funcionamiento por los riesgos que representa para el enfermo.

“Por lo rudamente que esa palabra (muerte) hería sus oídos, y por lo inoportuna que les parecía, los romanos la suavizaban mediante perífrasis.

No decían “ha muerto”, sino “ha cesado de vivir”, o “ha vivido”. Con tal de que

hubiese vida aunque pasada, se consolaban ya..."

Michel de Montaigne

CAPITULO SEGUNDO

CONCEPTO DE EUTANASIA Y SUS CLASIFICACIONES

2.1. ORIGEN DE LA PALABRA

Se atribuye al Doctor y Filósofo Francisco Bacon la paternidad del vocablo que lo utilizó por primera vez en 1623 en su libro "Historia de la vida y la muerte", en ella afirma que en las enfermedades incurables, es vital y humana la necesidad de eliminar el sufrimiento por el camino accesible de ayudarle a morir, en una agonía dulce y buena. Aunque el término eutanasia proviene de la voz griega (eu = buena, thánatos = muerte), su discurso siempre ha estado presente en el ámbito de la Medicina: "los médicos tienen una extensa tradición de dejar morir a ciertos pacientes graves de edad avanzada que se encuentran en estado terminal y sin esperanzas de cura". No debe interpretarse como que los médicos han practicado a lo largo de la historia la eutanasia activa; más bien a lo que históricamente se ha entendido como el desahucio.

También definía: "No se puede gozar en paz de la vida más que sí, lejos de dejarse turbar por imaginarios temores, se considera su fin con serenidad".⁴⁹

El término eutanasia conservará aproximadamente el mismo significado hasta el fin del siglo XIX. Luego tomará uno nuevo: lograr una muerte dulce, pero poniendo fin deliberadamente a la vida del enfermo. Éste es hoy el significado predominante en la opinión pública de las sociedades occidentales.

2.2. DIVERSAS ACEPCIONES

⁴⁹BACON, Francis, óp. cit., p.60.

Hoy en día existen diferentes definiciones de eutanasia, las cuales evocan situaciones muy variadas, lo que lleva a distinguir a teólogos, filósofos expertos en bioética, médicos o juristas, entre distintas acepciones.

Tales distinciones pretenden, en el último término, tratar diferenciada y matizada mente las distintas situaciones que se presentan en la realidad, pero los criterios no siempre coinciden ni responden a los mismos presupuestos, por lo que al final, reaparecen sin solución clara a los presupuestos límite.

Eduardo Rivera López, por su parte, define la eutanasia como la “conducta llevada a cabo por un agente de la salud..., de cuyas consecuencias previsibles por él es la muerte de un paciente que padece una enfermedad grave e irreversible, y que es llevada a cabo por la justificación de que la muerte del paciente no es un mal o un daño para él, todas las cosas consideradas”.

Por conducta, el autor entiende tanto acciones como omisiones; sin embargo, al aclarar el sujeto que aplica la eutanasia, señala como “típicamente” al médico, más no acota el elemento del sujeto que comete el acto, sino que deja la puerta abierta al resto de los agentes de la salud, entre los que pueden estar: la enfermera, el camillero, la asistente del médico, e incluso, ya en el extremo, el personal administrativo del hospital. Además, esta definición carece del elemento voluntario por parte del paciente, pues no menciona que éste haya consentido la conducta del médico hacia él. Finalmente, a pesar de las deficiencias de esta definición, el autor aclara que el hecho de que el paciente está “grave e irreversiblemente enfermo”, no significa necesariamente que su muerte sea inminente”. Razón por la cual, puede aplicarse a pacientes cuya enfermedad “produzca un sufrimiento o pérdida de contacto con la

realidad suficiente como para que la muerte no sea considerada un daño.⁵⁰

Ronald Dworkin, la concibe como “matar deliberadamente a una persona por benevolencia”⁵¹ John Harris, sostiene que la eutanasia es “*una decisión de que una vida acabe cuando podría prolongarse*”. Helga Kuhse, por su parte, define la eutanasia como “*la procura de una buena muerte en el que una persona A pone fin a la vida de una persona B por el bien de ésta*”.⁵²

El filósofo australiano Peter Singer, señala que en la actualidad, la eutanasia “se refiere a acabar con la vida de los que padecen enfermedades incurables, con gran dolor y angustia, por el bien de los que mueren y para ahorrarles más sufrimiento y angustia”. Este autor reconoce tres tipos de eutanasia: a) eutanasia voluntaria, aquella que “se lleva a cabo a petición de la persona que va a morir”⁵³; b) eutanasia involuntaria, se da “cuando la persona que muere tiene capacidad para consentir su propia muerte, pero no lo hace, bien porque no le preguntan, bien debido a que cuando se le pregunta la persona decide seguir viviendo”. Para Singer en este tipo de eutanasia “existe una diferencia significativa entre matar a alguien que ha escogido seguir viviendo y matar a alguien que no ha dado su consentimiento para que lo maten, pero que en el caso de haber sido preguntado, habría estado de acuerdo”, Singer argumenta que, “matar a alguien que no ha dado su consentimiento para morir, solamente se podrá considerar eutanasia cuando el motivo para matar es el deseo de que acabe un sufrimiento insoportable para la persona que va a morir”⁵⁴; y c) eutanasia no voluntaria, ocurre cuando “un ser humano no es capaz de entender la elección entre la vida y la muerte”. Por ejemplo, “los enfermos

⁵⁰Rivera López, Eduardo, “Aspectos Éticos de la Eutanasia” en Problemas de vida o muerte: diez ensayos de bioética, Madrid, Marcial Pons, 2011, p. 48; y68.”

⁵¹Dworkin, Ronald, *El dominio de la vida. Una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual*, trad. de Ricardo Caracciolo y Víctor Ferreres, España, Ariel, 1998, p.9.

⁵²Tomado de Méndez Baiges, Víctor, *Op. cit.*, nota 468, p.16

⁵³Singer, Peter, *Ética práctica*, 2da. ed., trad. de Rafael Herrera Bonet, Gran Bretaña, Cambridge University Press, 1984, p.217.

⁵⁴*Ibidem*, pp.220-221

incurables o los recién nacidos con graves discapacidades,

Diego Gracia, por su parte, define la eutanasia activa como “*el hecho de provocar directa y voluntariamente la muerte de otra persona para evitar que ésta sufra o que muera de un modo considerado indigno*”⁵⁵.

Todas las opiniones son válidas desde el punto de vista que se vean ya sea médica, teológica, humana, legal, etc. Y aunque estas sean completamente variadas todas tienen en común, que por lo menos hasta nuestros últimos días, debemos tener una buena muerte.

2.2.2. DEFINICIÓN ETIMOLÓGICA

La traducción etimológica de eutanasia es el derecho a morir.

Etimológicamente, eutanasia (del griego eu, bien y Thanatos, muerte), que significa buena muerte, serena, aceptada con tranquilidad, sin rebeliones, con el fin natural de la vida terrena, no significa otra cosa que “buena muerte, bien morir sin más”.⁵⁶

Tenemos derecho al bien morir, todos y cada uno de los seres humanos, así mismo a decidir, cuándo nos encontramos en una situación difícil dolorosa e incurable sobre cómo es que queremos vivir.

2.2.3. DEFINICIÓN DOCTRINAL

Eutanasia es la “acción u omisión que provoca la muerte de una forma indolora,

⁵⁵TomadodeSalvadorUrracaMartínez,“Eutanasia:Conceptoycontexto”,enUrracaMartínez,Salvador, *Eutanasia hoy. Un debate abierto*, Madrid, Noesis, 1996, p.45

⁵⁶DEL CANO, Marcos, La eutanasia. Estudio filosófico-jurídico, Pons, Madrid, 1999, p. 10.

a quien la solicita para poner fin a sus sufrimientos”⁵⁷

Acortar la vida voluntariamente cuando lo solicita un enfermo grave para poner fin a sus sufrimientos.

“La muerte dulce y sin sufrimiento que se da a los enfermos incurables, cuya evolución de la enfermedad es fatal y que están torturados por dolores físicos intolerables y persistentes que los medios terapéuticos no pueden atenuar”.⁵⁸

Como vemos estos tres conceptos engloban una vez más el bien morir, ya sea que se trate de un hacer o no hacer, siempre y cuando sea a petición del paciente y que esta sea voluntaria sin sufrir, sin dolor, sin tratamientos, simplemente tener una buena muerte .

Por su parte el teólogo español Javier Gafo, entiende por eutanasia “*la acción por la que se quita positivamente la vida a una persona enferma, que pide que se ponga término a su existencia*”⁵⁹, este autor también distingue entre eutanasia activa y pasiva, “*en el primer caso se pone una acción positiva con la que se pretende quitar la vida al enfermo, para el segundo se omite una acción, por tratarse de un medio extraordinario, que podría prolongar esa vida*”⁶⁰.

2.2.3. DEFINICIÓN MÉDICA

Eutanasia significa el hecho de provocar una muerte fácil y sin dolores a un paciente que está próximo a morir por causa de una enfermedad terminal”.⁶¹

⁵⁷Idem.

⁵⁸<http://www.acadfilosofica-lp.org.ar/eutanasia.pdf> 17 de agosto de 2015 hr.14:20 pm

⁵⁹Gafo, Javier, *Bioética teológica*, España, Universidad Pontificia, Comillas Madrid, 2003, p.259.

⁶⁰Idem, p.260

⁶¹<http://cancer.mascotia.com/eutanasia.html> 17 de agosto de 2010 hr.14:25.

En la práctica es el acto que pone fin a la vida de un enfermo terminal a su solicitud, de quienes él depende o por decisión del médico que lo atiende; es también definida como la muerte intencional del paciente producida por acto u omisión de quienes lo tienen a su cuidado.

Terminación de la vida humana por medios indoloros con el propósito de poner fin al sufrimiento, gradualmente el significado de la palabra, paso de la connotación de muerte fácil, de buena muerte, a ser el acto médico necesario para hacer fácil la muerte con ayuda del médico a que este suspenda los tratamientos o ayude a aminorar el dolor mediante medicamentos por la enfermedad padecida.

El oncólogo francés Dr. Schwartzberg, defensor de la despenalización de la eutanasia activa y voluntaria, afirma que la eutanasia es como una escapatoria terrorífica pero a veces necesaria en nombre del respeto que se debe al ser humano y su dignidad, al igual que a la defensa de la vida.

Para el Comité Científico de la Sociedad Internacional de Bioética, "sólo existe un tipo de eutanasia y consiste en una intervención activa y directa para provocar a un enfermo, generalmente con grandes sufrimientos y en fase terminal, la muerte que pide libre, reiterada y razonadamente"⁶²

Por otro lado la Asociación Medica Mundial propone una definición aproximada de "eutanasia", pero la califica como una práctica que contra la ética: "el acto de terminar deliberadamente la vida de un paciente, incluso ante la petición de este"⁶³. Con todo parece, que se reconoce la importante diferencia que introduce el hecho de que exista una solicitud explicita del enfermo. Si bien no

⁶²Cfr. Méndez Baiges, Víctor, op. cit., p. 17.

⁶³Declaration on eutanasia, World Medical Association, 1987, en Los Angeles Times, 12 de octubre de 1987, citada por P. Singer, Rethinking life and death, St. Martin's Griffin, Nueva York, 1994, p. 157

se hace referencia a la participación del médico, esto puede explicarse como un sobreentendido al tratarse de una comunicación entre médicos: una asociación médica se dirige a médicos para definir su posición sobre la eutanasia.

2.2.4. DEFINICIÓN JURÍDICA

Se denomina eutanasia a la “acción u omisión de un sujeto, que por especial consideración con otro sujeto, que se encuentra en una situación de existencia insoportable o absurda irreversible, causa su muerte”.⁶⁴

Se trata de hacer, no hacer o dejar de hacer, por parte del médico, cuando el paciente sufra de una enfermedad incurable y lo pida voluntariamente.

El penalista Luis Jiménez de Asúa, la definía como “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”⁶⁵. Esta definición está basada de algún modo en los argumentos de Karl Binding y Alfred Hoche, que se vieron en el apartado anterior, en relación con la experiencia en la Alemania nazi.

2.2.5. DEFINICIÓN PERSONAL

El término eutanasia atrae connotaciones con carga emocional negativa: matar, verdugo, ángeles de la muerte, holocausto, asesinato, homicidio. Hoy se insiste en los términos de la muerte decorosa, digna e indolora. Estas expresiones, sin más, las aceptaría cualquier persona por lo que pueden significar emocional e intelectualmente. Nadie desea una agonía indecente, miserable y dolorosa: “hay

⁶⁴ ALVAREZ GALVEZ, Iñigo, La Eutanasia Voluntaria Autónoma, Madrid, Diykinson, SL. Meléndez Valdés, 2002, p. 36.

⁶⁵ Jiménez de Asúa, Luis, Libertad de amar y derecho a morir, Argentina, Depalma, 1984 p. 339.

un deseo moral de morir antes que vivir sin decoro". Algunos pacientes reclaman el derecho a que se les deje morir con dignidad, antes que soportar situaciones injustas, degradantes y desesperanzadas, que consideran peores aún que la muerte misma. De este modo, no es que piense que deba abandonarse el ideal de luchar hasta el final, hasta el último aliento o hasta con el último gramo de fuerza que pudiese existir en nosotros, pero considero es importante buscarle a una muerte digna sustento en la realidad. Esto es posible si se tiene un conocimiento de los aspectos de la muerte que nos asustan, lo cual nos permitirá elegir, en cierta medida la muerte que queremos, la dignidad puede relacionarse con la posibilidad de ejercer la libertad hasta el final de la vida para mantener la coherencia con los valores en los que hemos creído a lo largo de la misma.

Partiendo de la idea de que muchos de nosotros hemos conocido lo que bien podría considerarse indignidad al presenciar la forma de morir de otras personas, en algunos casos las de nuestros propios padres, familiares cercanos, o hemos sabido de la muerte de conocidos que vivieron sus últimos días en condiciones que debían o pudieron haberse evitado. En eso consiste una muerte digna, no son tanto las circunstancias que rodean una muerte así, sino el hecho de que podrían haberse evitado si se hubiera tenido en cuenta la voluntad de quien moría, si se hubiese dejado de ser egoístas, al solo pensar en el sufrimiento o dolor que nos causaría su partida, el ya no verlos o no tenerlos cerca dejando, de lado su sentir, de dependencia por completo de otros, padecer dolores insoportables, estar conectados a máquinas para sobrevivir, tener incontinencia, sentirse inútil o en el peor de los casos una carga para quienes les rodean, ya que incluso hay individuos que viven la etapa final de sus días en estado inconsciente o privados de toda memoria y consciencia de una vida anterior, así estos son ejemplos de formas de vida que diferentes personas o hasta incluso nosotros mismos querríamos evitar por

considerarlas indignas o por lo que en lo en lo único que se piensa es dejar de sentir.

Con lo expuesto hasta aquí nos damos cuenta que el termino eutanasia , que ha servido para referirse a ella es difícil de aprehender por la diversidad de sentidos con que ha sido utilizado, y que por una parte el origen etimológico que alude a una buena muerte es demasiado general y se presta a incluir interpretaciones muy distintas . lo mismo se refiere a na muerte tranquila y sin dolor que requiere la ayuda de un médico, que a la muerte que llega sin luchar contra ella, la cual puede no garantizar la ausencia de dolor, pero que se considera deseable porque evita el sufrimiento inútil que se produce al curar lo incurable. También se ha utilizado para definir el cuidado que se tiene hacia los enfermos para ayudarlos a morir en paz, haciendo énfasis en el sentido espiritual. Finalmente se ha llegado a utilizar el término para designar una práctica por medio de la cual la sociedad elimina miembros que considera inútiles e inferiores.

Al respecto y analizando los anteriores conceptos, podemos definir a la eutanasia como el procedimiento, por parte de un médico, para producir la muerte de un paciente, dando como resultado la muerte digna, sin dolor, sin sufrimientos, sin dependencia a tubos ni respiraciones artificiales, que solicita el enfermo, expresada libremente cuando este se encuentra en fase terminal o cuando padece una enfermedad incurable, el cual debe encontrarse en pleno uso de sus facultades mentales y a la vez informadas del avance, diagnóstico, pronostico, calidad y tiempo de vida.

2.3. ELEMENTOS DE LA EUTANASIA.

Las definiciones presentadas engloban algunos elementos en común, más se

diferencian en otros que son importantes como la finalidad, la intención y la razón por la cual se llave acabo. Los elementos de la eutanasia pertenecen a las siguientes categorías:

2.3.1 LOSSUJETOSQUE PARTICIPAN

En la mayoría de los casos es un médico y un paciente. Dándose excepciones como la familia, las enfermeras o algún amigo de confianza. Como se verá a continuación, en los Países Bajos, para que una conducta se considere eutanasia es necesario que la realice un médico, de lo contrario sería asesinato.

Por parte del médico, es necesario que éste acepte llevar a cabo el acto de eutanasia, es decir, que tenga la intención de producir la muerte del paciente; de lo contrario le está permitido objetar en consciencia, remitiendo al paciente con otro médico, sin obstruir ni influir las decisión es del paciente.

En lo que se refiere al paciente, éste debe padecer una enfermedad terminal diagnosticada por dos médicos, y solicitar la ayuda a morir mediante la eutanasia, de manera informada, consciente y reiterada, teniendo en todo momento la posibilidad de revocar su petición.

2.3.2. LOS MOTIVOS O RAZONES POR LAS QUE SE LLEVA A CABO.

La gran mayoría de los autores coinciden en que el motivo principal es terminar con el dolor y el sufrimiento de los pacientes. Aunque algunos, sostienen que es la piedad o la compasión, la que motiva esta práctica. Para otros, es el mero ejercicio de la autonomía.

2.3.3. LAS CONSECUENCIAS QUE SE BUSCAN.

La consecuencia principal de todo acto de eutanasia es la muerte, y ésta debe representar siempre un bien para el paciente. A pesar de ello, algunos autores no aceptan esta última, argumentando que la consecuencia de la eutanasia es en sí terminar con el dolor y el sufrimiento del paciente, o bien cuando se interrumpe un tratamiento de soporte vital, sostienen que lo que se busca es, en realidad, que la enfermedad “sigua su curso natural”.

2.3.4. LA NATURALEZA DEL ACTO

El acto que produzca la muerte puede ser de acción u omisión. Sin embargo, esta distinción es demasiado conflictiva, pues en la práctica no es fácil distinguir un acto de una omisión. En todo caso, para que la conducta del médico que asista la muerte de un enfermo se considere eutanasia, siempre deberá ser mediante una acción: administrar una inyección letal o una dosis alta de barbitúricos o morfina.

Estos elementos son, *grosso modo*, los que debe contener toda definición de eutanasia. Si alguno de estos elementos estuviera ausente, no se estaría hablando de eutanasia, sino más bien de lo que se considera como terminación anticipada de la vida. Como se mencionó líneas arriba, las conductas que comprende una definición amplia de la eutanasia son tres: la activa voluntaria, la pasiva voluntaria y el suicidio asistido. Las dos primeras han sido identificadas por algunos autores como tipos o formas de eutanasia, e incluso como hipótesis en las que se da una conducta eutanásica. A reserva de comentarlas más adelante, junto con el suicidio asistido, en lo siguiente se hablará de la eutanasia activa voluntaria.

El significado que tiene la palabra eutanasia en los Países Bajos, comprende

los elementos citados anteriormente, pues para ellos, según el profesor holandés Henk Ten Have, la eutanasia consiste en la “finalización intencional por parte de un médico de la vida de un paciente a petición de éste”.⁶⁶

Los elementos propios de esta definición son los siguientes:

La intención del médico (si bien la intención es por un lado un asunto privado, y por tanto la legislación difícilmente la puede tener en cuenta, por otro es un elemento intrínseco de toda acción);

La solicitud del paciente (sirve como *justificación moral* de la eutanasia, la petición del paciente ha de ser voluntaria, explícita y repetida); y

El papel del médico (el papel del médico es un elemento *sine qua non*).⁶⁷

Como señala Henk Ten Have, sin la voluntad del paciente no se puede hablar de eutanasia, además, si el médico no realiza este acto, por ejemplo, que lo realice la enfermera, no es eutanasia, sino asesinato.

La doctora Asunción Álvarez del Río, basándose en esta definición sostiene que “la eutanasia es el acto o procedimiento, por parte de un médico, para producirla muerte de un paciente, sin dolor, y a petición de éste”.⁶⁸ Resulta conveniente agregar a esta definición, la noción de que la eutanasia se considera un tratamiento, disponible como el último servicio de la atención médica, junto con estos dos elementos: que la muerte sea un beneficio para el paciente y que la calidad de vida de éste haya disminuido a causa de una enfermedad terminal. Quedando, por tanto, como sigue: **el tratamiento que**

⁶⁶Ten Have, Henk, “Eutanasia: la experiencia holandesa”, en Gracia, Diego(ed.), *Morir con dignidad: dilemas éticos en el final de la vida*, Madrid, Fundación Ciencias de la Salud, Doce Calles, 1996, p.39.

⁶⁷*Idem*, pp.40-41.

⁶⁸Álvarez del Río, Asunción, *op. cit.*, nota 468, p.32

comprende la eutanasia activa voluntaria, como último recurso, es el acto o procedimiento, por parte de un médico para producir la muerte del paciente, sin dolor, y a petición de éste, siempre y cuando la muerte represente un beneficio para el mismo y su calidad de vida haya disminuido como consecuencia de una enfermedad terminal.

De acuerdo con esta definición, los elementos intrínsecos serían los siguientes:

- Que la eutanasia se dé en el ámbito hospitalario en la relación-médico paciente.
- El médico que no objete en conciencia practicar la eutanasia proporcione información suficiente al paciente sobre los otros servicios de la atención médica al final de la vida, como cuidados paliativos y el control del dolor.
- El paciente, quien padece una enfermedad terminal y cuya muerte no necesariamente es inminente, solicite de manera libre e informada la terminación activa de su vida, una vez que aceptó y después interrumpió(o desde un principio rechazó), los servicios de atención médica que preceden al servicio que solicitó.
- Que la muerte del paciente represente para éste un beneficio y no un daño o perjuicio.

Lo anterior porque como resultado de la enfermedad, su calidad de vida ha disminuido a tal grado que se pone en riesgo su identidad, convicciones y valores, pudiéndose por tanto, poner en riesgo el respeto del valor intrínseco de su vida.

Las condiciones que deben cumplirse para llevar a cabo un acto de eutanasia, de acuerdo con la definición y elementos que se han propuesto, serían los siguientes:

- I. El médico deberá informar al paciente acerca de su diagnóstico, pronóstico y los posibles tratamientos y servicios de la atención médica, aplicables.
- II. El médico, deberá consultar con otros dos médicos el diagnóstico, quienes examinarán al paciente en lo individual para corroborar el dictamen del médico, y así poder estar plenamente convencidos de que la enfermedad que ha sido diagnosticada al paciente es terminal, irreversible y no existe posibilidad de recuperar la salud;
- III. El médico y el paciente, deberán estar convencidos de que no existe ninguna otra solución razonable, para terminar con los dolores del paciente, que la que representa la eutanasia, siempre que el paciente lo solicite de manera autónoma e informada, prefiriéndola a los otros servicios de la atención médica al final de la vida. Para que este requisito sea válido, el médico deberá estar convencido de que dicha decisión ha sido tomada de manera voluntaria y libre, sin que medie coerción ni manipulación.⁶⁹

⁶⁹Esta definición resulta útil para legislar en materia de eutanasia, pues como señala Méndez Baiges, al “configurar un derecho legal a morir que vaya más allá de la despenalización del suicidio, resulta conveniente trazar una descripción en abstracto de las condiciones en las que la decisión de quitarse la vida de una persona va a ser aceptada por el Estado e impuesta a todos jurídicamente. No es ésta una descripción de lo que puede ser fácticamente realizado por alguien, ni de lo que puede ser aceptado como una opción moral legítima entre otras, sino una descripción de las condiciones de ejercicio de un derecho subjetivo que crea obligaciones jurídicas para todos los miembros de la sociedad: la obligación de colaborar en su ejercicio en algunos casos”. Méndez, Baiges Víctor, *op. cit.*, p.64

2.4. CLASSIFICACIÓN

La eutanasia tiene varias clasificaciones y son según las condiciones en que se presente. Para clasificarla son tomados en cuenta algunos factores: la voluntad del paciente, el estado del paciente, tratamientos que se le puedan aplicar para aminorar el dolor y el que practica la eutanasia.

La eutanasia tiene varias clasificaciones y son según las condiciones en que se presente. Para clasificarlas son tomados en cuenta algunos factores: la voluntad del paciente, el estado del paciente y el que practica la eutanasia.⁷⁰

2.4.1. POR SU FINALIDAD.

Eugenésica: Muerte a personas deformes o enfermas para no de generar la raza.

Criminal: Muerte sin dolor a individuos peligrosos para la sociedad, Se pretende la eliminación de una vida por razones de punición, peligrosidad, y amenaza social. (Pena de muerte).

Económica: Eliminación de enfermos incurables, locos, inválidos, ancianos, para aligerar a la sociedad de personas inútiles que suponen elevados costos económicos, sanitarios y asistenciales. Eliminación de vidas por presentar una carga económica para la sociedad y es considerada una conducta criminal.

Piadosa: Por sentimiento de compasión hacia el sujeto que está soportando graves sufrimientos sin ninguna esperanza de sobrevivir.

⁷⁰La clasificación fue obtenida de tres fuentes: AZZOLINI Bincaz, Alicia Beatriz. "Intervención en la eutanasia: ¿participación criminal o colaboración humanitaria?" en Eutanasia: aspectos jurídicos, filosóficos, médicos y religiosos. Ed. Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM, México, 2001, pp. 5-15

Solidaria: Muerte indolora a seres desahuciados con el fin terapéutico de utilizar sus órganos o tejidos para salvar otras vidas.⁷¹

2.4.2. POR LA MODALIDAD DE ACCIÓN.

Eutanasia Activa: Muerte del paciente en etapa terminal, solicitada por éste y provocada por la acción positiva de un tercero, Típico comportamiento directo cuyo objeto es producir la muerte inmediata de quien lo ha solicitado o se encuentra en tal estado de deterioro y sufrimiento que, motivado por razón o piedad, el agente de la conducta de muerte al enfermo terminal aun sin que lo pidiera.

Eutanasia Pasiva: Muerte de alguien por omisión de un tratamiento terapéutico necesario, con la finalidad de no prolongar los sufrimientos de un paciente que ya no tiene esperanzas, (benemortasia: el bien morir. Interrupción de la terapia con la finalidad de no prolongar los sufrimientos de un paciente que ya no tiene esperanzas). Implica no iniciar o interrumpir el tratamiento o cualquier otro medio que contribuya a la prolongación de la vida que presenta un deterioro irreversible o una enfermedad incurable y se halla en fase terminal acelerando el desenlace mortal. En general, la llamada eutanasia pasiva tiene mayor aceptación desde el punto de vista religioso y social. Se podría decir que plantea menos problemas morales porque se considera que es la naturaleza la que acaba provocando la muerte del paciente sin que haya una intervención directa del médico. Se ve como una forma de terminación de vida que evita muchas muertes inútilmente dolorosas causadas por el uso indiscriminado de

⁷¹Trejo García Elma. Legislación Internacional y Estudio de Derecho Comparado de la Eutanasia. Investigadora Parlamentaria. Centro de Documentación, Información y Análisis. Cámara de Diputados LX Legislatura.

la tecnología médica.⁷²

2.4.3. POR EL CONTENIDO VOLITIVO.

Voluntaria. Es la que se realiza por petición de la víctima, ya sea por reiteradas e insistentes peticiones, o al menos con su consentimiento informado, expreso y consciente. Así también decimos que es la interrupción de la vida de una persona tras su petición y consentimiento libre, es decir libre de presiones.

No Voluntaria. Muerte a un ser humano que no es capaz de entender la opción entre la vida y la muerte, cuando este se encuentre en estado vegetal, también ocurre cuando se produce la muerte sin que el afectado lo solicite expresamente por encontrarse incapacitado, lo cual se realiza a petición de sus familiares.

Involuntaria. Es la que se impone a un paciente en contra de su voluntad, contraviniendo sus propios deseos, pero nunca actuando en contra de sus intereses.⁷³

2.4.4. POR LA INTENCIÓN.

Directa. Provocación de la muerte con medios certeros, medicamentos o sustancias que ayudan a terminar con la vida de una manera inmediata. (Inyecciones letales, por ejemplo).

Indirecta o lenitiva. Se ha llamado así a la muerte que se produce como un efecto secundario de los medicamentos que se aplican con el fin de aliviar el

⁷²<http://www.wordreference.com/definicion/vida> fuente consultada 28 de julio de 2015 hora 4.30pm.

⁷³Trejo García Elma. Legislación Internacional y Estudio de Derecho Comparado de la Eutanasia. Investigadora Parlamentaria. Centro de Documentación, Información y Análisis. Cámara de Diputados LX Legislatura.

dolor u otros síntomas del paciente⁷⁴, o bien se suspenden tratamientos o se les dan tratamientos que solo mitiguen el dolor y no produzcan ninguna mejoría, por lo tanto la consecuencia es la muerte.⁷⁵

Lo anterior permite establecer que la eutanasia se puede presentar de forma natural, pasiva, activa y activista y conocer cómo intervienen otros factores relacionados con el proceso; si es una decisión voluntaria, no voluntaria o involuntaria, diferenciándose estas dos últimas en que la no voluntaria, no es solicitada por el enfermo, principalmente por incapacidad (estado vegetativo o coma), mientras que la involuntaria, además de no ser solicitada por el paciente, éste se encuentra en desacuerdo con dicho procedimiento.

⁷⁴Ídem
⁷⁵Ídem.

*“No hay quien haya visto a la muerte A la muerte nadie le ha visto la cara. A la
muerte nadie le ha oído la voz.
Pero, cruel, quiebra la muerte a los hombres. [...] los grandes dioses, reunidos
en consejo, determinaron la muerte y la vida.
Pero la muerte no se ha de conocer el día”*
Gilgamesh o la angustia por la muerte
(Tablilla X, col. VI)

CAPITULO TERCERO

[CONCEPTOS CENTRALES Y RELACIONADOS PARA COMPRENDER LA EUTANASIA](#)

3.1. VIDA Y MUERTE

Definir los conceptos de vida y muerte, es un acto complejo; científicos y filósofos han precisado que la muerte no es sólo la continuación del proceso de la vida, sino que, cuando se vive, simultáneamente se está muriendo, al mismo tiempo que cuando se está en estado de desahucio se está muriendo y se está vivo. Una precisión de este tipo podría parecer innecesaria, sin embargo, nos permite afirmar la relación del estado de la vida y la muerte como un proceso único y simultaneo, es decir, una unidad conformada por dos compuestos sincrónicos que permiten la renovación del organismo.

La vida humana, implica “todo lo que un ser humano es, experimenta y hace: sus estados y procesos biológicos y psiconeuronales, sus actividades, sus

logros o fracasos, sus relaciones con otros semejantes”⁷⁶, etc. Por tanto, se deben tener en cuenta las características de una vida. Si se aceptara una noción biológica de la vida, podríamos aceptar una noción biológica de la muerte, es decir, tomar elementos naturales para definir la vida y la muerte. Sin embargo, esta concepción carecería de otros elementos que componen la vida y que acompañan a la muerte. No tomar en cuenta el carácter biográfico o psicosocial de la vida es hablar de entes mutilados y aislados de todas las condiciones sociales, emocionales y afectivas que tienen las personas. Como sugería Paul-Louis Landsberg, “la experiencia que tiene el hombre de la necesidad de su muerte no tiene nada en común con la hipótesis de una muerte natural del organismo”.⁷⁷

Hay muchas formas de nombrar a la muerte: fallecer, fenecer, cesar y perecer, y se habla de ello generalmente cuando el individuo ya ha dejado de existir.

Tratar de definir la muerte como un suceso acontecido resulta complicado porque es hablar de aquello que ya no tiene existencia (es decir, no tiene tiempo, ni conciencia, ni espacio físico) para sí mismo; sin embargo, para quien interviene en dicho proceso de forma cercana adquiere mayor importancia.

La angustia de la muerte, de ver agotadas aquellas posibilidades que algún día estuvieron en potencia, es propia de los seres humanos. El ser humano, es el único que tiene conciencia de que va a morir, “lo que llamamos la muerte es antes que nada la conciencia que tenemos de ella.

Percibimos el paso que hay de estar vivos a ser un cadáver; es decir, ser ese

⁷⁶Ferrater Mora, John, y, Cohn, Priscilla, “Eutanasia”, en *Ética aplicada del aborto a la violencia*, 2da. ed., Madrid, Alianza Editorial, 1991, p. 104

⁷⁷Landsberg, Paul-Louis, *Ensayo sobre la experiencia de la muerte*, trad. de Alejandro del Río Hermann, España, Caparrós Editores, Instituto Emmanuel Mounier, 1995, pp. 26-27.

objeto angustiante que para el hombre es el cadáver de otro hombre”⁷⁸ Como señala Voltaire, “la especie humana sabe que ha de morir, y lo sabe sólo por la experiencia”⁷⁹ Del mismo modo, señala Leticia Flores Farfán que “morir no es un acontecer intrascendente para la condición humana en tanto que ha quedado inscrita en ella desde su aparición en el mundo de la consciencia de su finitud y vulnerabilidad”.⁸⁰

Para algunos, esta idea causa temor y angustia, para otros, es una liberación. Por tanto, la consciencia de la muerte se alimenta a través de la muerte de los otros y por el hecho de que aquella termina con las posibilidades de todo ser humano. En este sentido, se considera a la muerte como algo contrario a un beneficio. Razón por la cual, se tiende a evitar o prolongar su llegada. No obstante, “ante la crisis de la enfermedad, por la cual va a sobrevenir la muerte.

Sabemos que la persona amada, como tal, aún existe; que solamente se esconde tras este proceso. A menudo también puede reaparecer una vez más; por ejemplo, en las últimas palabras del moribundo. Pero el hecho predominante es éste: un cuerpo vivo sufre; el nuestro simpatiza carnalmente con ese ser amado torturado”.⁸¹

De lo anterior se presume que los seres humanos no desean la muerte, puesto que prefieren la vida. Esta idea ha existido desde los orígenes de la civilización, con la prohibición de la muerte. El principio *non occides* encerraba la prohibición de dar muerte a los seres humanos, no sólo por ser considerado una afrenta

⁷⁸Bataille, Georges, *El erotismo*, 4ta. ed., trad. de Antoni Vicens y Marie Paule Sarazin, España, Tusquets Editores, 2005, p. 50.

⁷⁹Voltarie, *Dictionnaire Philosophique*, t. IV. En Landsberg, Paul-Louis, *op. cit.*, nota 187, p. 21.

⁸⁰Flores farfán, Leticia y Constante, Alberto (coords.) *Miradas sobre la muerte. Aproximaciones filosóficas desde la literatura, la filosofía y el psicoanálisis*, México, Itaca-Facultad de Filosofía y Letras-UNAM, 2008, p. 9.

⁸¹Landsberg, Paul-Louis, *op. cit.*, nota 195 pp. 34-35. El progreso de la tecnología ha transformado el proceso de la muerte.

contra Dios, sino por ser considerado un acto violento y terrible, ya que “la muerte era un signo de violencia, de violencia que se introducía en un mundo que podía ser arruinado por ella. Aún inmóvil, el muerto formaba parte de la violencia que había caído sobre él.”⁸²

Consecuentemente, “la muerte es algo mirado con miedo por la mayoría de los hombres; la experimentan como un mal o como pérdida del valor más grande, la vida corporal, y como un momento enigmático por cuyo sentido preguntan angustiados”.⁸³

La Academia Mexicana de Medicina, da una orientación clara para el diagnóstico del estado de muerte:

- La pérdida de todos los reflejos
- La pérdida completa de las funciones de relación, es decir, el coma profundo
- La pérdida de la tonicidad muscular
- El paro respiratorio espontáneo
- El colapso de la presión arterial
- La suspensión de los latidos cardiacos.⁸⁴

“LA MUERTE A LA QUE NOS ENSEÑARON A TENERLE MIEDO”, pero porqué temerle a la muerte?, si realmente no sabemos cómo es, porque si bien es cierto se dice que todo tiene solución menos la muerte, hasta ahora nadie a regresado de ella para decirnos que es en realidad la muerte.

Ferrater en la obra *El ser y la muerte* explica la muerte desde una concepción

⁸²Bataille, Georges, op. cit., nota 200, p. 50”.

⁸³Basso, Domingo M., *Nacer y morir con dignidad. Estudios de bioética contemporánea*, Argentina, Lexis Nexis, 2005, p. 320.

⁸⁴Cfr. QUIROZ CUARON, Alfonso, *Medicina Forense*, Porrúa, México, 2000, p. 535

biológica con perspectiva organicista y vitalista en tres niveles: *el inorgánico, el orgánico y el humano*, definiendo cada uno según las diferencias que presentan y distinguiendo las propiedades del significado de cesar y de morir en la materia, en lo orgánico y en lo humano, puesto que para él toda muerte es cesación pero no toda cesación es una muerte. Con lo anterior se plantea nuevamente un problema conceptual, que deja claro a lo largo de su tesis y que al mismo tiempo permite esclarecer el significado de la muerte y su particularidad en el hombre.

3.1.1. LA MUERTE EN LA REALIDAD INORGÁNICA

Para iniciar es importante dilucidar que para el autor una realidad es una entidad, si se dice de algo que “ha cesado”, se refiere entonces a una entidad inorgánica que ha dejado de existir. Ferrater estudia la dualidad *elemento-estructura* y dice que “*Elemento* designa cualquier parte componente de cualquier realidad inorgánica, y el término *estructura* designa el modo o modos como los elementos se hallan entreverados”.⁸⁵ Por lo tanto, define que “una estructura es la suma de los elementos, de suerte que no puede tener otras características que las que resultan de la suma de las propiedades de los elementos”.⁸⁶

Podemos definir que una entidad inorgánica es una estructura conformada por elementos que se hallan entreverados, esto quiere decir que si esa entidad cambia las propiedades de su estructura, porque cambia la forma o unidad de sus elementos, la entidad inorgánica cesa. Esto sucede cuando los elementos que la componen se separan o dejan de funcionar en la forma adecuada para

⁸⁵José Ferrater Mora, *El ser y la muerte*, Madrid, Alianza, 1998, p. 32.

⁸⁶*idem*, p. 33

que continúe existiendo la estructura.

Por lo tanto, propone que todo cambio es terminar, cesar o dejar de existir para las realidades inorgánicas; un ejemplo es la existencia de una roca que está formada por partículas (elementos) conformados de un modo que las mantiene unidas dándole forma (estructura), sin embargo, debido a diversas condiciones ambientales la piedra comienza a degradarse hasta dejar de existir, los elementos que conforman la piedra continúan existiendo pero estas partículas ahora son polvo y la piedra ya no existe.

3.1.2. LA MUERTE EN LA NATURALEZA ORGÁNICA

Ferrater explica la naturaleza orgánica según su grado de complejidad, esto es en relación a organismos monocelulares, primarios o pluricelulares y organismos que llama superiores.

Nos dice que en la naturaleza orgánica no hay sólo cesación, como sucede con las realidades inorgánicas, sino que cuando la naturaleza orgánica muere se debe a una sucesión de causas correspondientes a fenómenos propios de la naturaleza. En el caso de los organismos monocelulares, por ejemplo, se ha llegado a decir que son potencialmente inmortales o indefinidamente regenerables, como han revelado experimentos biológicos, donde son sometidos a ambientes propicios que permiten mantenerlos con vida indefinidamente. Asimismo, menciona que se ha demostrado con organismos primarios que:

Se puede mantener la vida de una célula sin reproducción a base de seccionar

periódicamente partes del protoplasma con el fin de conservar el tamaño original, y que también se consiguió prolongar la vida de organismos monocelulares, posteriormente los de tejidos celulares y finalmente los de organismos multicelulares relativamente complejos, sometiéndolos a bajas temperaturas y evitando la formación de cristales de hielo que produjeran un efecto letal.⁸⁷

Sin embargo, de forma natural y a pesar de su capacidad por regenerarse indefinidamente- estos organismos mueren, lo que llevó a pensar que el envejecimiento y la muerte son propiedades innatas y naturales de estas células.

En el caso de los organismos más complejos o pluricelulares se ha observado que su muerte se encuentra generalmente en función de un sistema central que controla cada una de las complejas estructuras orgánicas que lo conforman, pero que también pueden mantenerse con vida incluso después de la muerte del organismo al que pertenecen. Esto quiere decir que al interior de nuestro cuerpo la muerte está presente en todo momento, en cada tejido o célula que lo conforma, pero que también cada parte de él muere en diferentes momentos incluso cuando el organismo central que lo controla deja de funcionar.

El envejecimiento, por ejemplo, se detecta como un proceso que no se extiende parejamente por el organismo entero, con todo ello se entiende que la muerte de un organismo que se encuentra controlado por una función central que no afecta de manera inmediata la existencia total del cuerpo en el que se conforma, y por lo tanto cada entidad va muriendo en partes hasta afectar aquellos órganos responsables del funcionamiento general.

⁸⁷ *idem*, pp. 74-75.

Es por ello que la determinación de lo muerto se establece dentro de ciertos límites que dependen de la capacidad de recuperación de cada organismo, de modo que en el ámbito científico se distinguen cuatro tipos de muerte.

La muerte aparente o relativa: pérdida del tono muscular, paro respiratorio, baja actividad cardíaca y circulatoria, el enfermo puede volver a la vida sin pérdida de conciencia.

La muerte clínica: se presenta cuando cesa la actividad cardíaca y respiratoria, ya no hay reflejos, pero hay aún reacciones metabólicas y puede volverse a la vida excepto en casos de anoxia (falta de irrigación sanguínea).

La muerte absoluta: cuando hay muerte cerebral y el organismo queda en estado vegetativo o en coma. Siempre y cuando el enfermo no haya ingerido alguna droga, o se encuentre en estado de hipotermia.

La muerte total: culminación del proceso, es decir cuando ya no existen células vivas”.⁸⁸

Hasta este momento podemos decir que morir es un fenómeno propio del mundo orgánico, y que “la mortalidad no es una propiedad constitutiva, sino constituyente”⁸⁹ de los organismos celulares, asimismo que “morir tiene lugar en gran parte porque lejos de romper definitivamente el círculo de la vida termina por renovarlo”.⁹⁰

3.1.3. LA MUERTE EN LA REALIDAD HUMANA

⁸⁸Daniel Behar, *op. cit.*, pp. 47- 48.

⁸⁹José Ferrater Mora, *op. cit.*, p. 91.

⁹⁰idem

La muerte humana es más compleja que la de un organismo monocelular o pluricelular, hay elementos componentes exclusivamente del hombre que no nos permiten hablar de él en un sentido estrictamente biológico, a pesar de que estamos conformados por estos mismos organismos celulares que funcionan dentro de nosotros con las mismas reglas con que se conforman dentro de un organismo central para mantenernos con vida.

Durante siglos se afirmó que el hombre llevaba dentro de sí un elemento no material que lo diferenciaba de otras formas de vida, a este elemento le dieron los nombres de alma, espíritu, psique o razón; para Santo Tomás, el hombre tenía un alma a la que llamó espíritu, mientras que San Agustín consideraba muy importante distinguir entre esta alma o espíritu y el cuerpo. Sin embargo, Ferrater expone que:

El ser humano no tiene propiamente hablando un cuerpo, porque es más bien un cuerpo (su propio cuerpo). El hombre es un modo de ser un cuerpo (lo que incluye la relación entre este cuerpo y el mundo circundante). Así, si el hombre se distingue de otros seres biológicos no es porque a diferencia de ellos posea alguna realidad además del cuerpo, es por el modo en que su propio cuerpo es, funciona e interactúa.⁹¹

Desde esta perspectiva el cuerpo en sí es un organismo único no dividido entre orgánico (cuerpo) e inorgánico (alma). Por lo que resulta inapropiado establecer la imagen de un espíritu y de un cuerpo que al fenecer el alma continúa su trascendencia. Sin embargo, y sin intención de generar debate respecto a este punto, la realidad es que el cuerpo deja de existir y aquello que sucede con el alma, espíritu o energía que se desprende de él, no puede hasta el momento

⁹¹ José Ferrater Mora, *op. cit.*, p. 95.

ser inteligible en la dimensión de la razón humana, únicamente puede ser presentado y explicado como un supuesto. Como conclusión respecto a la conformación del ser humano, Ferrater dice que:

Resulta que en el hombre no se puede encontrar nada que trascienda absolutamente de su cuerpo ya que lo que puede trascender de él son simplemente las objetivaciones (los productos culturales). El ser humano no es una realidad o conjunto de realidades unificadas por cierto elemento o principio existente más allá o más acá de él. Si se considera el ser humano como un conjunto, habrá que convenir en que se trata de un conjunto cuyo único subconjunto es él mismo.⁹²

Con ello se puede establecer que el hombre es el único organismo vivo al cual podemos conocer en su conjunto, con su pensar y sentir, más allá de la función orgánica, de su conducta y del resultado de ellas, (sus “*productos culturales* los cuales se visualizan en su hábitat) quedando así, imposibilitados para conocer a otros organismos vivos, más allá de sus funciones orgánicas y el reflejo de ellas.

Ferrater dice que lo que hace al ser *viviente*, no es su vida, sino parte de la vida de la especie a la que pertenece, por lo que las conductas y acciones que establece para conducir la dirección de su vivencia están dirigidas por su comunidad y su cultura.

El hombre es un *ser orgánico*, con una *realidad humana* (inorgánica), su historia, cultura y tradiciones son cosas que hace y muchas de ellas son un mecanismo de defensa donde la cultura resulta posible por los impulsos e instintos, pero al mismo tiempo independiente de éstos y de la forma de

⁹²*Idem, pp. 95-96.*

convertir el mundo humano en un mundo objetivo; así, la situación que vive el hombre individual o colectivamente es histórica, por lo que el vivir humano es histórico e irreversible.

El ser humano es para sí mismo, mientras que la vida es para la muerte. Ferrater afirma que “la muerte otorga a la vida humana no sólo su realidad en cuanto a ser (existencia) sino también en cuanto a sentido”⁹³(entendiendo sentido, como la dirección u orientación hacia donde el individuo dirige su desarrollo y su actuar en la vida). Por lo tanto la presencia de la muerte permite encauzar la razón y la existencia, moldeando la vida de los individuos, no porque sea lo único importante, sino porque sin ella nada sería trascendental y posible.

La muerte para el hombre es una total incertidumbre, lo que vemos de ella es sólo el residuo, el cuerpo sin vida, el cadáver que sirve de testimonio de la existencia, el momento en que se ha llegado al fin de la vida, es el límite de la razón humana, y deja ver que se encuentra fuera de cualquier posible experiencia, por lo que cada muerte representa para sí su propia mortalidad, sabe que va a morir y no hay razón que pueda explicar lo que significa estar en el lugar de lo muerto, de aquello que representa el vacío, el suceso sin continuidad.

3.2. CONCEPTOS RELACIONADOS CON LA EUTANASIA

3.2.1. DISTANASIA

También llamada “ensañamiento terapéutico”, consiste en el uso de medios

⁹³José Ferrater Mora, op. cit., p. 120

extraordinarios y desproporcionados para alargar artificial e inútilmente la vida de un ser humano. Esta acción médica es más común hoy en día gracias a los avances tecnológicos, y los defensores de la eutanasia suelen usarla como argumento para justificar la “muerte por misericordia” de seres humanos sufrientes, alegando los innecesarios excesos que puedan cometer algunos médicos o familiares en su afán por prolongar en vano una vida con el uso de medios desproporcionados.⁹⁴

La Iglesia Católica reconoce que algunas medidas extremas son innecesarias, por lo que siempre ha establecido que el uso de medios extraordinarios no es obligatorio. La renuncia a medios extraordinarios o desproporcionados no equivale al suicidio o a la eutanasia; expresa más bien la aceptación de la condición humana ante la muerte.

3.2.2. ORTOTANASIA

Proviene del griego orthos: 'recto y ajustado a la razón' y del griego thanatos: 'muerte' también llamada muerte digna, designa la actuación correcta ante la muerte por parte de quienes atienden al que sufre una enfermedad incurable o en fase terminal.⁹⁵

Por extensión se entiende como el derecho del paciente a morir dignamente, sin el empleo de medios desproporcionados y extraordinarios para el mantenimiento de la vida. En este sentido se deberá procurar que ante enfermedades incurables y terminales se actúe con tratamientos paliativos para evitar sufrimientos, recurriendo a medidas razonables hasta que la muerte llegue.

⁹⁴<http://problemasybioetica.blogspot.es/1242829225/> ultima consulta 25 agosto 2015 hora 3:10pm

⁹⁵<http://problemasybioetica.blogspot.es/1242829225/> ultima consulta 25 agosto 2015 hora 3:50pm

La ortotanasia se distingue de la eutanasia en que la primera nunca pretende deliberadamente el adelanto de la muerte del paciente. La ortotanasia es la actitud defendida por la mayoría de las religiones.

3.2.3. CACOTANASIA

Es la eutanasia que se impone sin el consentimiento del afectado. La palabra apunta hacia una mala muerte (kakós: malo). Médicos o familiares en su afán por prolongar en vano una vida con el uso de medios desproporcionados.⁹⁶

El termino eutanasia más allá de su complejo significado, lleva consigo una carga ideológica histórica que lo sujeta a múltiples interpretaciones según el tiempo y espacio en el que se ha desarrollado y las distintas perspectivas de análisis, y debate ideológico, científico, político y cultural, la eugenesia como a continuación se mostrará es un claro ejemplo de ello.

3.2.4. EUGENESIA

La palabra eugenesia tiene origen griego *eu* que significa bien o bueno y de *genesis* que significa origen o principio. Es decir, buen principio o buen origen. Partiendo de dicho concepto cualquier persona puede desear a otra en su nacimiento una eugenesia sin que sea víctima de un daño. Los equivalente de esta palabra son mejoramiento y desarrollo, el uso que actualmente se le da a la palabra está dirigido a “la aplicación de las leyes biológicas de la herencia para el perfeccionamiento de la especie”.⁹⁷

No obstante, la forma como ha sido aplicada la eugenesia, respecto a los

⁹⁶<http://problemasybioetica.blogspot.es/1242829225/> ultima consulta 25 agosto 2015 hora 4:02pm

⁹⁷“Eugenesia”, [en línea] portal Real Academia Española, sección Diccionario de la lengua española 22.a ed., 2001, <http://www.rae.es/RAE/Noticias.nsf/Home?ReadForm> [ultima consulta 25 de agosto de 2015].

acontecimientos históricos y los intereses políticos, deja descontento e insatisfacción social.

Este término se utilizó principalmente a principios del s. XX como una filosofía social y una disciplina académica incorporada a distintas universidades, que sirvió al Estado mediante la aplicación de políticas y programas sociales. La orientación de dicha filosofía era la de mejorar las cualidades genéticas humanas, sin embargo, su uso inadecuado consiente la discriminación, coerción y violación de los derechos humanos, con medidas de esterilización forzosa a personas con defectos genéticos, asesinato institucional, aborto obligatorio, restricción del matrimonio, exploración genética, control de natalidad, segregación racial y de los enfermos mentales y genocidios, particularmente el de razas consideradas inferiores. En 1930, el Estado Nazi incorporó la aplicación de la eugenesia en las políticas raciales de Alemania; y su principal forma fue por medio del genocidio de judíos, polacos y rusos, recibiendo en ese momento el nombre de *eutanasia nazi o limpia racial*, por el hecho de adelantar la muerte o aplicar la eutanasia involuntaria. Este hecho adquirió tal relevancia que la influencia ideológica que circundó a la población durante los tiempos de post-guerra continúa generando confusión respecto a la aplicación de la eugenesia y en conexión directa con el fenómeno de la eutanasia. Así, podemos encontrar autores como Pedro J. Lasanta que la denominó, eutanasia eugenésica, en el sentido de liberar a la sociedad de vidas sin valor.

3.2.5. ENFERMEDAD

La palabra enfermedad viene del latín *infirmus*, *in* que significa “no” y *firmus*, que significa “firme”, es decir, “no firme o débil”. La enfermedad generalmente se encuentra acompañada de expresiones como alivio, cura, agonía,

desahucio, defunción y decrepitud. Cuando un enfermo se encuentra en estado de agonía (del griego *agón* que significa combate) se habla de una persona que está luchando entre la vida y la muerte; en este proceso se puede definir al enfermo como desahuciado (que significa sin la esperanza o la confianza) en cuyo caso indica que se ha perdido toda esperanza de vida y que la salud es irrecuperable.

3.2.6. PACIENTES TERMINALES.

En este apartado, se expone el tema de la enfermedad terminal, sus elementos, y las enfermedades terminales más comunes.

La enfermedad representa la carencia de salud, la cual se ha considerado como “la experiencia de bienestar e integridad del cuerpo y la mente [...] caracterizada [...] por la ausencia de males de consideración y, por tanto, por la capacidad de una persona para perseguir sus metas vitales y desenvolverse adecuadamente en contextos sociales y laborales habituales”⁹⁸ Algunas veces, la enfermedad incapacita, lesiona, hiende volviéndose un obstáculo para continuar con las actividades cotidianas. Pero no sólo es una ausencia de salud lo que caracteriza a la enfermedad, sino más bien “una alteración fisiológica o mental, basada en una desviación de la norma estadística, que causa malestar o discapacidad, o bien aumenta la probabilidad de una muerte prematura”⁹⁹ La enfermedad viene acompañada, casi siempre, de malestares y dolencias, es decir, de afectaciones psíquicas y físicas.

Una enfermedad se considera *terminal* cuando la alteración psicológica y mental es irreversible “progresiva e incurable, con síntomas múltiples, multifactoriales, intensos y cambiantes [...] con cierto [...] impacto emocional en

⁹⁸Allert, Gebhard, Callahan, Dan et al, *op. cit.*, p. 35.

⁹⁹*Ibidem*, p. 36.

el enfermo, la familia o el entorno afectivo y equipo, y con un pronóstico de vida [de seis meses], por causa de cáncer, sida, [anemia aplásica, isquemias cerebrales, insuficiencia renal, leucemia mieloide aguda, arteriosclerosis, enfisema pulmonar, cirrosis hepática], enfermedades crónicas evolutivas discapacitantes, y otras enfermedades y condiciones crónicas relacionadas con la edad avanzada”, como el Alzheimer.¹⁰⁰

Los elementos de la enfermedad terminal son los siguientes:

- El estado de la enfermedad es avanzado, progresivo e incurable;
- La existencia de pocas o nulas posibilidades de una respuesta a tratamiento específico;
- Caracterizada por “numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes”;
- Causando un “gran impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte”; y
- Con el “pronóstico de vida inferior a seis meses” * Sanz Ortiz, J, Gómez Batiste, X; et al, Atención a enfermos terminales. Recomendaciones de la sociedad española de cuidados paliativos, (SECPAL), Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, p.10. Cfr. . Díez Ripollés, José Luis, Santos Amaya, M, Garrido de Santos, J (eds.), *Op. cit.*, p. 20.

En este sentido, un paciente terminal es “aquella persona que, como consecuencia de una lesión o enfermedad, padece, según los actuales conocimientos médicos, una afección incurable y que le ha hecho entrar de forma irreversible en el proceso que le conducirá inevitablemente en un plazo

¹⁰⁰Definición del Grupo de Estudios de Política Criminal de Andalucía. . Cfr. . Díez Ripollés, José Luis , Santos Amaya, M, Garrido de Santos, J (eds.), *op. cit.*, p. 19. En México, el artículo 161 Bis, fracción I, de la Ley General de Salud, considera enfermedad terminal todo padecimiento reconocido, irreversible, progresivo e incurable que se encuentra en estado avanzado y cuyo pronóstico de vida para el paciente sea menor a 6 meses.

breve a la muerte”.¹⁰¹

Cabe señalar que, algunas de estas enfermedades no son fatales si se detectan a tiempo, por ello se tendrán en cuenta sólo aquellas que están en la fase terminal. El elemento de temporalidad, es cuestionable en razón de que, algunos enfermos tardan en morir más tiempo del que se señala en la definición, cuando es así, no está claro si se les puede considerar o no terminales.

En el caso particular de los pacientes con Alzheimer, surgen algunas dificultades en relación al valor de las decisiones que tomaron cuando eran capaces y las decisiones que manifiestan en los estadios intermedios y finales de esta enfermedad. El Alzheimer, “la forma más común de demencia”¹⁰², es una “progresiva enfermedad del cerebro denominada así por el médico y neuropatólogo alemán Alois Alzheimer, que fue el primero que la identificó y describió en 1906. Los pacientes que se encuentran en las últimas etapas de esta enfermedad pierden casi toda la memoria de su vida anterior y no pueden, salvo periódica y fragmentariamente, reconocer o responder a otras personas, incluso a aquellas que constituían su círculo próximo. Algunos de los síntomas más frecuentes son la incontinencia, la falta de percepción de la realidad, alucinaciones, incapacidad para realizar tareas básicas, como caminar, comer o ducharse.

Estos pacientes son “incapaces de llevar a cabo planes, proyectos o deseos, aunque sean de estructura muy simple. Expresan deseos y aspiraciones, pero éstos cambian rápidamente, y con frecuencia muestran muy poca continuidad

¹⁰¹idem. Pa. 19.

¹⁰²Morley, John E., “Envejecimiento. Avances científicos en el envejecimiento”, en Thomasma, David C., y Kushner, Thomasine (Eds), *op. cit.*, p.153

en su conducta, incluso en períodos de días o de horas”.¹⁰³El deterioro fisiológico que tienen estos pacientes es a causa de que las “terminales nerviosas del cerebro degeneran en una placa entretrejida de materiales fibrosos”. Dicha degeneración ocurre de manera “gradual e inexorablemente y, de manera usual, conduce a la muerte –entre cuatro y doce años después de su inicio-, en un estado de inmovilidad en que el paciente está seriamente debilitado”.¹⁰⁴

A pesar de que, la enfermedad es progresiva, irreversible e incurable, sin posibilidad de tratamiento, con distintos síntomas que merman la calidad de vida, y causa un gran impacto tanto en el paciente como en su familia, el elemento que pronostica el tiempo de vida de seis meses que prescriben las legislaciones como requisito para que sea considerada como enfermedad terminal, no se cumple, y cuando está por cumplirse, el paciente ya no es competente para solicitar algún tipo de asistencia en la muerte. El Alzheimer representa la muerte continua del “yo” de los pacientes, se colapsa su consciencia y su identidad. En consecuencia, “hay quienes prefieren optar por el suicidio antes de que la enfermedad les impida decidir, antes de perder la autonomía y antes de desintegrarse”¹⁰⁵; este hecho parecen ignorarlo los legisladores, pues al determinar en la ley un lapso de tiempo de vida dentro de los elementos del concepto de enfermedad terminal, se está causando un daño irreversible a estos pacientes, ocasionando que tomen decisiones apresuradas como en el caso de Janet Adkins, una mujer a la que se le declaró la enfermedad de Alzheimer, en los primeros estadios de la enfermedad, y para evitar caer en estado de demencia, donde ya no fuera competente, se puso en contacto con un patólogo de Michigan, llamado Jack Kevorkian, quien ponía a disposición de los enfermos una “máquina de la muerte” con la que los

¹⁰³Dworkin, Ronald, *op. cit.*, p 285.

¹⁰⁴*Idem*, pp. 285-286.

¹⁰⁵Kraus, Arnoldo, *op. cit.*, p. 39

pacientes podían suicidarse. Adkins fue la primera en utilizar dicha máquina. Lo que se reprocha a Kevorkian, no es el hecho de auxiliar en el suicidio a los pacientes, sino el no haber entablado una relación extendida con los enfermos, no haber realizado pruebas que corroboraran el diagnóstico y no haber ofrecido alternativas a los enfermos, o tengan cierto temor por lo que les pueda pasar una vez que hayan cruzado el umbral de su consciencia para entregarse en los oscuros pasillos de la demencia.

Tal como afirma el médico Arnoldo Kraus, Las demencias seniles nunca paran, siempre tienen hambre, siempre encuentran qué romper. Las fronteras son para los vivos, no para ellas. No perdonan, comen y corroen. Desfiguran el rostro. Destrozan la autonomía, Fracturan el tejido del ser y deshilachan las costuras de la familia hasta que los hilos ceden y se quiebran. Eso les sucede a los viejos con demencia: se quiebran. Parecería que nunca se hubiese tenido un esqueleto con el cual caminar y una boca con la cual hablar.¹⁰⁶

Por lo anterior, el concepto de enfermedad terminal no debería ser categórico, al establecerse un periodo determinado de tiempo, sin tomar en cuenta a pacientes con Alzheimer, quienes padecen una muerte antes de morir, una muerte diaria y por demás indigna.

3.2.7. DIAGNÓSTICO DE DESAHUCIO

Diagnóstico: Etimológicamente el concepto diagnóstico proviene del griego, tiene dos raíces, *día* que es a través de, y *gignoskein* que es conocer, así etimológicamente diagnóstico significa conocer a través de. El concepto de este significado es la identificación de la naturaleza o esencia de una situación o problema y de la causa posible o probable del mismo, es el análisis de la

¹⁰⁶Kraus, Arnoldo, *op. cit.*, p. 27.

naturaleza de algo.

Desahucio: “Quitar a alguien la esperanza de conseguir lo que desea. Considerar el médico al enfermo sin esperanza de salvación”.¹⁰⁷

Diagnóstico de desahucio: Propiamente, sería “Aquel paciente al que la medicina tradicional no puede aportar ningún tipo de expectativa terapéutica razonable para la curación, o al menos para el control de su enfermedad”.¹⁰⁸

Cuando el enfermo está desahuciado y fallecerá dentro de un plazo mayor, de meses, existe la obligación de buscar y aplicar remedios que persigan alargar la vida con una razonable esperanza de lograrlo sin menoscabo de tratamientos contra el dolor.

Como parte de su propia dignidad, la vida debe ser respetada evitando tratamientos desproporcionados en los casos de muerte inminente. Esto significa aceptar que el tratamiento mejor es el de aminorar dolores y molestias, sin aplicar tratamientos sin sentido práctico que produzcan dolor desproporcionado.

La muerte es un acontecimiento ante el cual el hombre siempre ha reaccionado con temor y dolor. Por un lado lo aparta de sus seres queridos, y por el otro, significa el fin de la propia existencia lo que ha variado es la forma de adaptarse a esa inevitable realidad.

3.2.8. SUICIDIO ASISTIDO

¹⁰⁷ http://www.bioeticaweb.com/component/option,com_glossary/func,display/letter,D/Itemid,66/catid,117/page,1/. fuente consultada 01 de Septiembre de 2014 hora 9:45 pm

¹⁰⁸ http://www.bioeticaweb.com/component/option,com_glossary/func,display/letter,D/Itemid,66/catid,117/page,1/. fuente consultada 01 de Septiembre de 2014 hora 9:45 pm.

Consiste en proporcionarle a una persona los medios suficientes para que pueda, ella misma, causarse la muerte. Este concepto es altamente peligroso, ya que muchos están de acuerdo con la idea errónea del “derecho a morir”, por lo cual no les parece tan censurable el suicidio como el asesinar a una persona.

Una modalidad común de esta práctica es la de darle al paciente una medicina a fin de que éste tome, por sí mismo, una dosis mortal. Los partidarios de la eutanasia, en su estrategia por legalizarla, buscan implantar primero el “suicidio asistido”, aprovechando que esta práctica genera menos rechazo en la opinión pública. Con esta expresión muchas veces se pierde de vista que el daño que alguien puede hacerse a sí mismo y en particular el atentar contra su propia vida es algo intrínsecamente malo que debe ser evitado; y también que proteger a las personas de sí mismas cuando, por algún motivo, atentan contra su vida o su salud es una grave obligación.

3.2.9. SUICIDIO MÉDICAMENTE ASISTIDO

Para algunos, este acto es equiparable con la eutanasia activa voluntaria, para otros, se distingue por el agente que lleva a cabo la acción. En la eutanasia es el médico quien pone fin a la vida del paciente, mientras que en el suicidio, es el paciente mismo quien se quita la vida. Los que equiparan esta acción con la eutanasia, sostienen que muchas veces es difícil distinguir en la práctica quién es, en última instancia, el agente que la lleva a cabo. Algunos ejemplos documentados de la asociación suiza Dignitas, sirven de apoyo para este punto.

En *Suiza*, se reconoce el derecho a la asistencia en el suicidio, tanto para los ciudadanos suizos como para los extranjeros. El caso más famoso es el del escritor inglés Terry Pratchett, quien padece la enfermedad de Alzheimer. Este

escritor realizó un documental en el que narra su viaje a Suiza para conocer más acerca de la asistencia que brinda esta clínica. En su odisea hacia la muerte, Pratchett conoce y acompaña a varios enfermos terminales que van a Suiza a morir. Pratchett concluye su video con una frase demoledora: Cuando me muera me gustaría morir al sol...supongo que algunas veces el sol brilla en Suiza.

Haciendo referencia a que en su país natal le está vedado el derecho al suicidio asistido por un médico, por tanto, tendrá que trasladarse a Suiza a recibir ayuda para morir antes de que su enfermedad destruya por completo su personalidad. Este documental puede consultarse en: <https://www.youtube.com/watch?v=slZnfC-V1SY>. Esto ha provocado que muchas personas tengan que trasladarse a ese país para recibir ayuda en el suicidio, lo que se ha llamado “Turismo suicida”. Este turismo es similar a la situación que narra el Premio Nobel de Literatura portugués, José Saramago, en su libro *Las intermitencias de la muerte*, en el que para morir se tiene que salir del país para encontrar la muerte en otro, en donde la muerte si está permitida.¹⁰⁹

En dicha Clínica, cualquier paciente puede hacer su solicitud, y una vez realizada, se estudia el caso y si es factible, el paciente tiene que viajar a Suiza para recibir ayuda en el suicidio. En el caso de pacientes tetraplégicos¹¹⁰, quien auxilia al suicidio suele intervenir de modo *cuasi* directo, pues acerca el popote del vaso que contiene la sustancia que pone fin a su vida.

En relación a esto último, recuérdese el caso del español Ramón Sampedro, quien murió el 12 de enero de 1998. Su estado lo incapacitaba para suicidarse por lo que pidió a los Tribunales le fuera reconocido el derecho a morir dignamente, mediante asistencia al suicidio para que los que le ayudaran no

¹⁰⁹Saramago, José, *Las intermitencias de la muerte*, trad. de Pilar del Río, México, Punto de Lectura, 2005.

¹¹⁰Que sufre una parálisis total o parcial de brazos y piernas causada por un daño en la médula espinal

fueran juzgados, pues en España, como en muchos países, la asistencia al suicido se considera delito. El tribunal rechazó su petición, en consecuencia, con ayuda de una amiga se suicidó bebiendo cianuro de potasio, considerando que “vivir es un derecho, no una obligación”¹¹¹. Entre las películas que narran historias relativas a la eutanasia o al suicidio se encuentran, además, *Condenado a vivir*, España, 2001. Donde también Al parecer esta dificultad para distinguir entre eutanasia y suicidio asistido radica en los casos de pacientes tetraplégicos como Ramón Sampedro, que no pueden poner fin a su vida por ellos mismos.

No obstante, el suicidio medicamente asistido, se define como “el acto de proporcionar a un paciente, físicamente capacitado, los medios para suicidarse (como sería una prescripción de barbitúricos), para que éste subsecuentemente actúe por cuenta propia”.¹¹²

Tom Beauchamp y James Childress, consideran el suicidio asistido como una opción que debería estar regulada en la ley, por lo que establecen algunas condiciones que deben tomarse en cuenta:

- Una petición voluntaria por parte de un paciente competente;
- Una relación médico-paciente prolongada;
- Una toma de decisiones conjunta e informada entre el paciente y el médico;
- Un rechazo reflexionado de las distintas alternativas;
- Consultas estructuradas con otros especialistas médicos;
- Que, durante cierto tiempo, el paciente haya manifestado su deseo de morir;

¹¹¹Existe una película filmada en 2004, dirigida por Alejandro Amenábar, titulada *Mar Adentro* que narra la historia de Ramón Sampedro

¹¹²Esta definición es del Dr. Timothy Quill, Cfr. Álvarez del Río, Asunción, *op. cit.*, p. 40.

- Que el paciente esté sometido a un sufrimiento insoportable; y
- Utilizar un método que resulte menos doloroso y lo más cómodo posible.¹¹³

3.2.10. ASESINATO Y HOMICIDIO

Hay algunos elementos que deben tomarse en cuenta desde el punto de vista jurídico sobre las condiciones legales establecidas en el Código Penal Federal Mexicano, referentes a las responsabilidades penales que nos permiten conocer las condenas para el delito de homicidio.

En el capítulo I sobre las “Reglas generales sobre delitos y responsabilidad” correspondiente al artículo 7° se establecen las reglas generales sobre los *delitos y responsabilidades*, mencionando que un delito es aquel acto que por acción u omisión es sancionado por las leyes penales y que aquel que esté en posibilidad de evitarlo no lo haga, se le atribuirán las responsabilidades del mismo que lo lleve a cabo.

El artículo 8° “sobre las acciones delictivas” sólo puede ser realizado de manera intencional y por tanto culposa. Mientras que en el artículo 9° dice que la acción debe ser sancionada en caso de que sea realizada con pleno conocimiento de las responsabilidades penales que regulan en la Federación.

En el capítulo IV sobre las causas de *exclusión del delito* se menciona en el artículo 15°, fracción III, que será causa de supresión del delito si se obra con: Se actúe con el consentimiento del titular del bien jurídico afectado, siempre que se llenen los siguientes requisitos:

¹¹³Beauchamp, Tom, L., y Childress, James, F., *Principios de ética biomédica*, 4ta. ed., trad. de Teresa Gracia, Javier Judez y Lydia Feito, España, Editorial Masson, 1999, p. 228.. Estas condiciones también son aplicables al caso de eutanasia activa voluntaria.

- a) Que el bien jurídico sea disponible;
- b) Que el titular del bien tenga la capacidad jurídica para disponer libremente del mismo; y
- c) Que el consentimiento sea expreso o tácito y sin que medie algún vicio; o bien, que el hecho se realice en circunstancias tales que permitan fundadamente presumir que, de haberse consultado al titular, éste hubiese otorgado el mismo.¹¹⁴

En el título decimonoveno del Código Penal Federal correspondiente a “delitos contra la vida y la integridad corporal”, capítulo II artículo 302, Comete el delito de homicidio: el que priva de la vida a otro, indicando en el numeral 303 que no se tendrá como mortal una lesión, sino cuando se verifiquen las tres circunstancias siguientes:

I.- Que la muerte se deba a las alteraciones causadas por la lesión en el órgano u órganos interesados, alguna de sus consecuencias inmediatas o alguna complicación determinada inevitablemente por la misma lesión y que no pudo combatirse, ya sea por ser incurable, ya por no tenerse al alcance los recursos necesarios;

II.- (Se deroga).

III.- Que si se encuentra el cadáver del occiso, declaren dos peritos después de hacer la autopsia, cuando ésta sea necesaria, que la lesión fue mortal, sujetándose para ello a las reglas contenidas en este artículo, en los dos siguientes y en el Código de Procedimientos Penales.

Por su parte en el artículo 305 correspondiente al mismo capítulo se menciona que: No se tendrá como mortal una lesión, aunque muera el que la recibió:

¹¹⁴ *Código Penal Federal*, México, Juridiediciones, 2015, Última reforma publicada DOF 12-03-2015.

cuando la muerte sea resultado de una causa anterior a la lesión y sobre la cual ésta no haya influido, o cuando la lesión se hubiere agravado por causas posteriores, como la aplicación de medicamentos positivamente nocivos, operaciones quirúrgicas desgraciadas, excesos o imprudencias del paciente o de los que lo rodearon.¹¹⁵

En el artículo 312, se instituye que la sanción a la que se hará acreedor quien preste ayuda a otro para suicidarse o induzca a ello será de uno a cinco años de prisión, sin embargo, si éste llega al grado de quitarle la vida a otro se le penará de cuatro a doce años de prisión.

En los casos en que el asesinato se realice con alevosía se considerará como homicidio calificado, refiriéndose con alevosía, como se menciona en el artículo 318, al hecho de sorprender sorprender intencionalmente a alguien de improviso, o empleando asechanza u otro medio que no le dé lugar a defenderse ni evitar el mal que se le quiera hacer.

Mientras en el artículo 319, se establece que quien obra con traición es aquella persona que no sólo actúa con 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 inspire confianza.

En el artículo 320, se establece que a cualquier persona que transgreda a otra quitándole la vida, de manera premeditada y alevosa, se le impondrá una pena de treinta a sesenta años de prisión por el delito de homicidio calificado.

Existen diferencias entre asesinato, parricidio, crimen, transgresión y homicidio,

¹¹⁵ *Código Penal Federal*, México, Jurisdicciones, 2015, Última reforma publicada DOF 12-03-2015.

por lo que estos términos no pueden usarse de forma indiferenciada, específicamente en lo competente al homicidio y al homicidio calificado o asesinato. En este sentido, encontramos que el homicidio se diferencia del asesinato por su carencia de alevosía o ensañamiento y generalmente por no matar con motivos miserables o vacuos, como por ejemplo una remuneración.

Por su parte, el homicidio calificado conocido normalmente como asesinato, se refiere a la circunstancia en la que se comete un delito con cuatro agravantes: premeditación, traición, alevosía y ventaja.

Es importante observar que en el Código Penal Federal no se encuentra ninguna especificación sobre el delito de eutanasia, ni algún artículo que condene específicamente el hecho, por lo que la sanción que se aplica en estos casos se adecua al delito de homicidio, que corresponde a una pena de 4 a 12 años de prisión.

Lo anterior permite recapacitar en el hecho de que si el cuerpo fuera considerado un bien jurídico, propio de la persona, como se menciona en el capítulo IV, artículo 15°, fracción III, sobre las causas de exclusión del delito, un acto de eutanasia podría ser excluido de la pena, siempre y cuando cumpliera con las tres razones que permiten el indulto de la pena, primordialmente que dicha acción se realice con el consentimiento del titular.

La eutanasia no es necesariamente un asesinato ya que puede considerarse según sea el caso un homicidio, esto sucede principalmente si la acción de terminar con la vida de alguien se aplica a un enfermo que la solicita, en este supuesto sería voluntaria lo que permite excluir las condiciones de interés personal, alevosía y traición; dicha solicitud le quita el carácter culposo al hecho eliminando las agravantes en el proceso penal. Entonces al considerarlo un

acto de compasión la sanción aplicable correspondiente sería la presentada en el artículo 312.

Sin embargo, como se vio en el capítulo IV sobre las causas de exclusión del delito, artículo 15º, podría excluirse incluso de toda sanción si se norma la capacidad de disponer del propio cuerpo en casos específicos de enfermedad, y por medio de un consentimiento explícito. Así, aunque está claro que el artículo presentado refiere a un bien material y no se hace dicha especificación entre la relación del hombre con su cuerpo, con la perspectiva laica se fortalece la idea de que el cuerpo humano vivo es un bien perteneciente al hombre y por tanto, serviría de sustento para su aplicación empero dicha acción debe ser clara y ser solicitada explícitamente.

La eutanasia (específicamente la eutanasia activa voluntaria), mientras no aparezca explícitamente normada y especificada en el Código Penal Federal, puede ser insertada en las consideraciones jurídicas de la exclusión de la pena, lo que no puede suceder en los casos de eutanasia no voluntaria o involuntaria.

Hoy en día, hay tres circunstancias en las que el homicidio no es sancionado por el Estado por ausencia de responsabilidad penal, son: la legítima defensa, la prevención de un delito más grave (estado de necesidad) y el cumplimiento de una orden de un superior o de un deber legal.

Esto quiere decir que el homicidio no en todos sus casos es una práctica prohibida a pesar de que incluso en estos que hemos mencionado existan las tres agravantes del delito (traición, alevosía y ventaja).

Cabe mencionar también, que a diferencia del Código Penal, existe un lineamiento en el Código Federal de la Salud, que se presentará más adelante,

donde se establece explícitamente la sanción correspondiente a la eutanasia, por lo que no es suficiente con realizar ajustes al código penal, sino que es preciso que se plantee un estatuto con base en un estudio concienzudo por parte del sector salud en el cual se establezca de qué manera y con qué características se podría aplicar la eutanasia en México.

“Otra dosis de morfina –y perder el conocimiento-. Le diré al médico que piense en otra cosa. Es imposible, imposible, seguir así”.

Leon Tolstoi, La muerte de Ivan Ilich

“No siempre está en manos del médico poder curar a un enfermo; pues muchas veces la fuerza del mal es superior a toda ciencia y arte”

Ovidio

CAPITULO CUARTO

FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL FENÓMENO DE LA EUTANASIA

4.1. DE LA MEDICINA

La palabra medicina deriva del latín medicina y está compuesto por dos vocablos

mederi «curar» e in a «materia de», lo que equivaldría a hablar de la materia de curar. La medicina se define como “el arte y la ciencia del diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad y la conservación de la salud”.¹¹⁶ “La medicina se percibe como un conjunto de conocimientos en constante evolución y una diversidad de prácticas clínicas”. De esta manera, la medicina “facilita un valioso conjunto de metáforas para el tratamiento de la salud y la enfermedad; estudia la integridad del cuerpo y la mente. La salud de los pacientes individuales es fundamental para la ética y la práctica de la medicina, con lo cual se reconoce la

¹¹⁶ Cfr. Diccionario Médico, Dornal, citado en Allert, Gebhard, Callahan, Daneta, *Los fines de la medicina. El establecimiento de unas prioridades nuevas*, trad. por el I&G Translations, España, The Hastings Center, de Nueva York, Fundació Víctor Grifols i Lucas, 2004, p.19.

dignidad del individuo”.¹¹⁷

En la antigüedad, los griegos contaban el mito en el que, Atenea extrajo dos frascos de sangre de la Gorgona Medusa; el que fue extraído del lado izquierdo servía para resucitar a los muertos, y el del lado derecho era un veneno que causaba la muerte a los vivos. Ambos frascos se los dio a Asclepios, padre de la medicina e hijo del dios Apolo (a quien se atribuye la enseñanza a los médicos del arte de retrasar la muerte).¹¹⁸ De este modo, Asclepios tenía el poder para realizar ambas cosas. La ninfa Cariclo, hija del centauro Quirón, quien instruyó a Asclepios en el arte de la medicina, se le reveló la profecía de la muerte de este Dios, y al comunicárselo se quedó sin hablar y fue convertida en yegua. Aquél hizo caso omiso de aquella revelación, y utilizó la poción que resucitaba a los muertos en Hipólito,¹¹⁹ hijo de Teseo. Este hecho hizo enfadar a Zeus, quien lo fulminó con un rayo. Algunos cuentan que de las cenizas de Asclepios se formó una serpiente, cuyas extremidades representan los dos poderes que tenía aquél dios, y recordaban los frascos de sangre extraídos de Medusa. En la Grecia antigua, “los templos de Asclepio estaban situados en las afueras de las urbes, en lo alto de las colinas, en medio de arboledas y cerca de algún manantial de agua cristalina. Tras cruzar el umbral del templo, el enfermo se sometía a ayunos y abluciones, se vestía de blanco y ofrecía al dios un sacrificio propiciatorio”.¹²⁰ Al librarse de la

¹¹⁷ *Idem*, p. 21.

¹¹⁸ En la línea 45 del Himno a Apolo, Calímaco sostiene que “Febo es quien ha enseñado a los médicos el arte de retrasar la muerte”, en Mercedes Morillas (et. al) “Apolo” en *Morillas, Mercedes et. al, Los dioses del Olimpo, Madrid, Alianza, 1998*, pp. 32-46. Puede consultarse la versión en internet de los Himnos en: <http://historiantigua.cl/wp-content/uploads/2011/07/54863288-Calimaco-Himnos-Epigramas-Y-Fragmentos-Ed-Bilingue.pdf>

¹¹⁹ La mitología está llena de personajes que vuelven del mundo de los muertos, algunos ejemplos son: Sísifo, Eurídice, aunque se frustra su resurrección a causa de la desconfianza de Orfeo, Pélope, hijo de Tántalo, entre otros. Para los griegos, los Dioses escapaban de la muerte, no así del destino, representado por las Moiras

¹²⁰ Szczeklik, Andrzej, *Catarsis: sobre el poder curativo de la naturaleza y del arte*, trad. de J. Slawomirski y A. Rubió, Barcelona, Acontilado, 2010, p. 57. Este mismo autor, refiere que “los griegos llamaban a estas ceremonias *katharmós*”. En las que pretendían purificar al enfermo de sus culpas y reconciliarlo con el dios. Después, “en el silencio y la penumbra del templo por cuyos rincones reptaban serpientes domesticadas, el enfermo se entregaba a un sueño profundo”. pp. 57-58.

enfermedad, ocurría la Katharsis., por lo general un gallo. Este mito, al igual que muchos mitos griegos, es una interpretación de la realidad. La medicina, y en particular los médicos, tienen el poder de dar y quitar la vida.

Actualmente, esta última facultad está proscrita prima facie, es decir, asistir a la muerte puede estar justificado en algunos casos. Sin embargo, cómo se verá con mayor detalle con posterioridad, aun con consentimiento del paciente, es un delito. Al médico que acepta la petición del paciente de suministrar una inyección letal para terminar con su vida, a causa de una enfermedad terminal, se considera como criminal de acuerdo con la legislación penal vigente.

En este sentido, el Estado prohíbe atentar contra la vida humana, considerada como un bien jurídico del cual no se puede disponer en ninguna circunstancia.

Por tanto, existe una tensión entre los intereses que tiene el Estado de conservar la vida de los pacientes, los intereses del paciente de determinar el modo de su muerte, y el médico, quien se encuentra en una encrucijada a causa del conflicto de intereses que presentan los primeros dos, por lo que, en ocasiones se suma el interés del Estado, y en otras al del paciente. Por ejemplo: Si un médico, conociendo al paciente terminal y entendiendo las consecuencias de la enfermedad que padece, opta por atender su petición de eutanasia, el Estado lo considera, como ya se dijo, un criminal. En caso contrario, cuando el médico se niega a atender la petición del paciente, por considerarla contraria a la medicina o por objetar en conciencia, el Estado no realiza ninguna acción contra él, y el paciente ve obstaculizada su decisión de morir.

En relación al anterior, se aprecia que “la medicina y el derecho se encuentran en la difícil situación de tener que responder a estos pacientes “si usted estuviera recibiendo algún tratamiento de soporte vital tendría derecho a interrumpir el tratamiento y podríamos dejarle morir. Pero como no es así, sólo podemos proporcionarle cuidados paliativos hasta que fallezca de muerte natural, pero muy doloroso, indigno y costoso que esto resulte”.¹²¹

En ambos casos hay consecuencias para distintas partes. En el primer ejemplo, el médico respeta los principios de respeto a la autonomía, no maleficencia y beneficencia, además de que respeta su deber ante el paciente de que éste no sufra a causa de su padecimiento, al aceptar aplicar la eutanasia al paciente, actuando moralmente; no obstante, su actuar ante la ley es ilícito, por lo que se considera homicida; en el segundo, el médico rechaza aplicar la eutanasia por temor a ser juzgado por homicidio, porque busca respetar el deber de no matar al paciente, por convicciones personales o por considerar la práctica de la eutanasia contraria a los fines de la medicina, causando un daño al paciente al incumplir los principios mencionados. En este caso actúa ilícitamente, pero de manera inmoral.

Una posible solución ante este dilema, no es otorgar mayor peso al aspecto moral

o al jurídico, sino en desentrañar por qué ambos aspectos no están en armonía.

Como primer argumento, se tiene que el Código Penal data de inicios del siglo pasado, cuando la eutanasia activa voluntaria ni el suicidio asistido tenían la importancia que tienen ahora. Lo anterior es consecuencia de un segundo argumento, que radica en la crítica al progreso de la tecnología aplicada a la medicina. Hoy en día, un hombre inconsciente puede vivir conectado a un aparato respiratorio y alimentado de manera artificial por tiempo indefinido. Un tercer

¹²¹ Beauchamp, Tom, L., y Childress, James, F., *Principios de ética biomédica*, 4ta. ed., trad. de Teresa Gracia, Javier Juez y Lydia Feito, España, Editorial Masson, 1999, pp. 214-215.

argumento que podría esgrimirse es que, la concepción absoluta de la indisponibilidad de la vida es, como todas las obligaciones y derechos, prima facie,

en este sentido, cuando el bien jurídico tutelado llamado vida, entra en conflicto con el bien jurídico tutelado llamado libertad, se tienen que dar razones y evaluar las circunstancias particulares, para determinar cuál tiene, en ese caso, primacía sobre el otro. Finalmente, hay que recordar que, en una sociedad como la nuestra, al Estado no le corresponde establecer obligaciones absolutas, sino velar el cumplimiento de los derechos fundamentales de los individuos. Por tanto, cuando un individuo elige el modo en que quiere morir, el Estado debe respetar dicha elección, en razón de que se reconoce el derecho a la libertad. Y si el individuo no causa ningún perjuicio a terceros con su elección, es libre de determinar su propia muerte.

Volviendo a los ejemplos que se mencionaron al inicio, cuando el paciente terminal determina que la muerte es preferible a la vida, su elección debe ser respetada, pues de lo contrario se le impone el sacrificio de seguir viviendo contra su voluntad.

4.2. DE LOS AVANCES DE LA TECNOLOGÍA MÉDICA

El progreso científico y tecnológico ha beneficiado distintas áreas del conocimiento humano, entre las cuales se encuentra la medicina. Estos beneficios se ven reflejados en los innovados medios de soporte vital utilizados, la mayoría de las veces, para prolongar la vida de los pacientes en las Unidades de Terapia Intensiva o para mantener de manera interminable la vida de pacientes inconscientes o terminales.

Por medio de empleo de los distintos medios de soporte vital, algunos pacientes se sienten reconfortados por el hecho de poder utilizarlos y encontrar alivio a sus malestares y dolencias. En estos casos, los pacientes y sus familias están agradecidos cuando el médico les salva la vida mediante el uso de técnicas terapéuticas, devolviéndoles el consuelo y la esperanza; los médicos se sienten orgullosos de saber emplear y servirse de la tecnología para prolongar la vida de sus pacientes, aspecto que los aleja del fracaso que representaba la muerte del paciente cuando no se contaba con dicha tecnología.

En contraste, para otros el uso de la tecnología médica es un obstáculo para poder ejercer su libertad, debido a que les obliga a sacrificar sus intereses a costos físicos y psicológicos muy altos acompañados de sufrimiento y de dolor. La prolongación indefinida de la vida de estos pacientes es causada por "la incapacidad hasta ahora demostrada... para encontrar remedio a la inmensa mayoría de las enfermedades crónicas, lo que significa que la medicina se ha visto forzada a recurrir a tecnologías intermedias de altísimo costo. El pulmón artificial y la insulina... la azidotimidina y otros fármacos empleados en el tratamiento de sídica, muchas formas de cirugías cardíacas y la diálisis renal".¹²²

Algunos de estos tratamientos o instrumentos médicos tienen dos inconvenientes para los pacientes: son caros y son escasos. Esto genera desigualdad en los servicios públicos y privados de salud. En los servicios de salud pública, la escasez es un rasgo común, originado por la falta de recursos y la enorme cantidad de pacientes; mientras que en el servicio privado, se da el inconveniente de que sólo pueden acceder a ellos los que pueden pagar, abriéndose la brecha entre ricos y pobres.

¹²² Allert, Gebhard, Callahan, Dan *et al*, *Los fines de la medicina. El establecimiento de unas prioridades nuevas*, trad. por el A&G Translations, España, The Hastings Center, de Nueva York, Fundació Víctor Grifols i Lucas, 2004, p. 21 .

Esto demuestra, que “aveces algunos progresos comportan también una cara negativa, y algunas ganancias sólo pueden obtenerse a expensas de una cierta calidad de vida”¹²³. Mantienen con vida a los pacientes por días, semanas o años, en condiciones que menguan dicha calidad, permaneciendo las personas “entubadas, desfiguradas por operaciones experimentales, que sufren o que están sedadas casi hasta la inconsciencia, conectadas a docenas de máquinas que suplen gran parte de sus funciones vitales, exploradas por docenas de médicos a los que ellas no podrían reconocer y para quienes, más que pacientes, son casi campos de batalla”.¹²⁴ O en el peor de los casos solo un paciente mas o parte de una simple estadística

Anteriormente, los médicos se rehusaban a retirar los tratamientos de soporte vital una vez iniciado el tratamiento, por el temor de cometer un asesinato, puesto que la retirada del respirador artificial, por ejemplo, provocaba la muerte del paciente.¹²⁵ Este hecho trajo como consecuencia, el temor de los pacientes a que se prolongue su vida mediante los instrumentos de soporte médico que sustituyen las funciones vitales de manera indefinida. Para los pacientes, **“morir «artificialmente» parece más inquietante que morir «naturalmente» [o voluntariamente], ya que un control exterior sustituye al azar de lo imprevisto”**,¹²⁶ corriendo el riesgo de que un artificio técnico no permita que el proceso de morir concluya.

En la actualidad, este temor sigue vigente pero en menor grado, ya que en

¹²³ Baudouin, Jean-Louis y Blondeau, Danielle, *La ética ante la muerte y el derecho*, trad. de David Chiner, Barcelona, Herder, 1995, p. 13

¹²⁴ Dworkin, Ronald, *El dominio de la vida. Una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual*, trad. de Ricardo Caracciolo y Víctor Ferreres, España, Ariel, 1998, p. 234

¹²⁵ Dos casos que dieron lugar a una gran cantidad de acalorados debates en Estados Unidos, respecto al retiro de los medios de soporte vital, fueron el de Karen Ann Quinlan y el de Nancy Cruzan, En el caso de Karen Ann Quinlan, el hecho de retirar el respirador artificial no trajo aparejada la muerte, sino que ésta ocurrió algunos años después

¹²⁶ Baudouin, Jean-Louis y Blondeau, Danielle, op. cit, nota 208, p. 22.

algunos países se ha reconocido el derecho de los pacientes a solicitar el retiro de los medios de soporte vital, así como de los tratamientos, cuando sean inútiles. Por tal motivo, “el poder de la tecnología médica – según Dworkin –, ha incrementado claramente el interés de la gente a cerca de la forma de controlar el momento y la forma de la propia muerte.¹²⁷ El derecho a interrumpir el tratamiento, es el medio de defensa que tiene el paciente contra el desenfrenado uso de la tecnología aplicada a la medicina.

Para algunos autores, el progreso de la ciencia y la tecnología, han traído una consecuencia aún más grave: la deshumanización de la muerte. Si bien, el uso de la tecnología en medicina ha dado lugar a avances significativos, por un lado, ya retrasar la muerte de los pacientes que hace cincuenta años morían prematuramente, por el otro, esta misma tecnología ha provocado un profundo cambio en el significado y sentido de la muerte, debido a que “morir hoy en día..., suele ser morir inconscientemente, entubado, sedado, bajo diversas infusiones, anestesiado, solo en el hospital, sin la compañía de sus seres amados y alejado de todo lo que antes constituía su forma de vida.

La tecnificación ha dejado su huella indeleble sobre el rostro de la muerte”.¹²⁸

Sin embargo, la culpa no es sólo del progreso tecnológico, ya que éste no es bueno ni malo, aunque puede emplearse en ambos sentidos. Por tanto, se admite que “las principales dificultades no provienen de la ciencia o de la tecnología en sí mismas, sino más bien de la pérdida de sentido de la persona”,¹²⁹ de la sociedad que “ha perdido al mismo tiempo el sentido profundo de la muerte, es decir, la convicción de lo importante que es integrarla en la vida y la realidad”, ya que lo único

¹²⁷ Dworkin, Ronald, *Op. cit.*, nota 209, p. 239.

¹²⁸ Baudouin, Jean-Louis, y, Blondeau, Danielle, *op. cit.*, pp. 24-25.

¹²⁹ *Idem*, p. 43

seguro que tenemos en esta vida es la muerte misma.¹³⁰

Esta expulsión de la muerte del terreno de la vida, es lo que la ha convertido en un tabú, “donde el carácter pornográfico de la muerte aparece como el resultado último de una evolución del proceso de morir que ha ido despojando gradualmente al mismo de toda ritualización, de toda ceremonia, de todo significado, hasta llegar a convertirlo en algo terrible de lo que sólo puede hablarse a través de eufemismo y a lo que no cabe en ningún caso mirar a la cara directamente”.¹³¹

Consecuentemente, convertir la muerte en un tema prohibido aislándola del mundo de los vivos, repercute la relación de éstos con los moribundos, puesto que “la muerte aparece no sólo como un fracaso individual sino también como un fracaso colectivo”. Dando lugar a que ya no se muera en casa, sino en la soledad de un hospital * Este es el testimonio del familiar de un paciente, en una encuesta realizada en España: **“Yo quería que muriera en casa. Un familiar pensaba que era mejor, por si pasaba algo, que estuviera en un hospital. Y al final, menos mal... no sé... murió en casa, estábamos todos, y en el hospital igual le pillas sola o le pillas con una enfermera y es más frío”**.¹³² Como dice F.S. Fitzgerald, “allá por 1860, todavía se consideraba apropiado (o correcto) nacer en casa”.¹³³ Actualmente, el nacimiento y la muerte se han ido despojando de su atmósfera íntima del hogar, para ser suplantadas por el nacimiento y la muerte dentro del hospital, el cual “suele ser transformado en un lugar para morir, en el que la fealdad de la muerte, más tolerable por la asepsia simbólica del lugar, no se infiltra en el ámbito de la vida y

¹³⁰ *Idem*, p. 117

¹³¹ Gorer, Geoffrey, *The pornography of Death*, en *Death, Grief and Mourning in contemporary Britain*, en Méndez Baiges, Víctor, *Sobre morir: eutanasias, derechos, razones*, Madrid, Trotta, 2002, p. 30

¹³² Cfr. Díez Ripollés, José Luis, Santos Amaya, M, Garrido de Santos, J (eds.) *La atención a los enfermos terminales. Una investigación multidisciplinar*, España, Tirant lo Blanch libros. Instituto Andaluz Interuniversitario de Criminología, 2000, p. 53.

¹³³ Fitzgerald, Francis Scott., “El curioso caso de Benjamín Button”, en *Los mejores cuentos*, trad. de Vicente Campos y Gemma Mart, Barcelona, Navona, 2009.

no altera la comodidad de los vivos”.¹³⁴

Además, se transforma el papel de la familia en relación con el paciente terminal, ya que “anteriormente, eran los encargados íntimos de proporcionar los cuidados físicos y la compañía espiritual de un ser querido que se estaba muriendo. Hoy en día, unos profesionales extraños... les sustituyen para llevar a cabo esa primera función”¹³⁵ El escritor y médico mexicano, Arnoldo Kraus retrata esta situación, “...to car y palpar son maniobras médicas, pero, primero, son rines humanos, sensaciones vitales. Nacimos tomados por otras manos, recargados en el vientre materno. Fallecemos amortajados por las últimas manos. Los tiempos sinti tiempo, los «tiempos tecnológicos» han opacado e incluso desaparecido esos renglones. Se tiente menos, se palpa menos, se penetra menos en el otro. Tocar y ser tocado es vital. A los moribundos..., no se les toca ni se les habla por temor, cuando paradójicamente, lo que más requieren es percibir el calor y la presencia de los vivos... Tocar debería ser un ejercicio del alma, del deseo...”¹³⁶

En resumen, los conflictos aparejados al avance tecnológico y científicos aplicados a la medicina, la pérdida de sentido y significado de la muerte en la sociedad, han dado lugar los siguientes problemas: el alto costo que representa la obstinación médica para el paciente, su familia y, en algunos casos para el Estado; generándose desigualdades entre pacientes pobres y ricos, y entre los pobres que asisten a los hospitales públicos donde los recursos son escasos; La

¹³⁴ Baudouin, Jean-Louis, y, Blondeau, Danielle, *Op. cit.*, p. 47

¹³⁵ Milles, Steven, “Prolongar la vida y la muerte, Muerte personal y muerte médica”, en Thomasma, David, y, Kushner, Thomasine (eds.), *De la vida a la muerte. Ciencia y bioética*, trad. de Rafael Herrera Bonet, España, Cambridge University Press, 1999, p.183.

¹³⁶ Kraus, Arnoldo, *op. cit.*, nota 199., p. 67

entubación del paciente, la alimentación intravenosa y demás tratamientos que prolongan el sufrimiento y larga agonía del paciente hacen que la muerte se vuelva artificial; esto conlleva a la deshumanización de la muerte; además de convertirla en un tema tabú; lo que trae como consecuencia, el aislamiento de los pacientes, la muerte en la soledad del hospital y el abandono de los moribundos. Estos dilemas han hecho que algunos autores se pregunten a cerca de los fines de la medicina.

4.3. LOS FINES DE LA MEDICINA

Cuando se habla de los fines de la medicina se tiene la impresión de que éstos son comunes a todos y están ampliamente reconocidos. Esta situación sugiere que dichos fines están establecidos de forma indiscutible. Sin embargo, en el momento en que aparece un dilema ético causado, casi siempre por el avance de la tecnología aplicada a la medicina, dichos fines no son suficientes para ofrecer soluciones. En el caso que nos compete, los fines de la medicina manifiestan cierta ambigüedad que provoca que sean especificados con el propósito de dar respuesta a los posibles dilemas éticos, como la eutanasia, por ejemplo.

No debe olvidarse que, los conocimientos y objetivos de la medicina son el "reflejo de la época y la sociedad de las cuales forman parte, al servicio de los fines que la sociedad considere oportunos y sujetos a las mismas restricciones que las demás instituciones sociales".¹³⁷ En este sentido, los fines de la medicina tendrán que ajustarse a las costumbres de una sociedad y el contenido del derecho. En este análisis se verá que la normatividad en materia de salud, admite de algún modo la posibilidad de no iniciar o suspender un tratamiento. Si bien, esta posibilidad se

¹³⁷ Allert, Gebhard, Callahan, Dan, et al, *op. cit.*, nota 207, p. 32.

homologa con la eutanasia pasiva, se crítica al sistema normativo por su incoherencia al aceptar el inicio o la suspensión de un tratamiento, y negar la posibilidad de acabar con una vida humana mediante el suministro de una sustancia letal. Siempre que concurren las condiciones establecidas, se considerará que, dentro de los fines de la medicina, en una sociedad como la nuestra que privilegia los derechos del individuo sobre los de la sociedad, la eutanasia activa es justificable, pues se apela a la responsabilidad individual y no a la coerción estatal.

Los dilemas que surgen en la práctica de la medicina, a los que intentada respuesta la ética médica, han hecho evidente que considerar como único fin de la medicina a la salud, sea un hecho cuestionable. Puesto que, esta finalidad queda superada una vez que se acepta el carácter inminente de la muerte y el médico admite los límites de su conocimiento y posibilidades. “La medicina es una actividad compleja que ha perseguido históricamente una pluralidad de fines.

Entre ellos, al ad del decurar, también están, y han estado siempre, el de prevenir las enfermedades, el de aliviar el sufrimiento, el de cuidar a los que tienen que morir, entre otros. El éxito de la medicina tecnológica del siglo XX pareció haber llevado a olvidar en algún momento esa pluralidad de fines para concentrarse únicamente en el objetivo de la curación de la enfermedad. Pero eso no es el descubrimiento de ninguna esencia última de la misma sino, precisamente, la raíz de algunos de sus problemas actuales”.¹³⁸

En este apartado, se exponen tres propuestas sobre los fines de la medicina, que han dado diversos autores.

¹³⁸ Méndez Baiges, Víctor, Sobre morir: eutanasias, derechos, razones, Madrid, Trotta, 2002, p. 80

4.3.1. LA SALUD COMO FIN FUNDAMENTAL DE LA MEDICINA.

Para algunos autores, entre ellos el bioético norteamericano, Leon R. Kass, la medicina al ser “inherentemente ética”, tiene sólo un fin: la salud¹³⁹. Posteriormente, considera que al ser la salud un “bien perecedero”, el siguiente objetivo del médico es cuidar, “aliviar y mejorar las vidas de los que están muriendo”.¹⁴⁰ No obstante, estas finalidades trazadas por Kass, tienen la desventaja de ser imprecisas. Si bien es cierto, la finalidad de la salud aparentemente cubre los servicios de asistencia sanitaria, resulta errónea. Qué pasaría, como hace notar Gerald Dworkin, con una mujer embarazada que busca que un médico la ayude para dar a luz, este hecho no representa una pérdida de salud, por tanto, el médico “no cura ninguna enfermedad, preservando ninguna función ni devuelve la integridad”.¹⁴¹

No obstante, Kass especifica el objetivo de la medicina propuesto por él, sosteniendo que, “el médico debe servir al gran bien universal de la salud al mismo tiempo que también debe... responder ante la enfermedad... y ante su significado para cada individuo, el cual a causa de sus síntomas, puede estar preocupado por la debilidad y la vulnerabilidad, la necesidad y la dependencia, la falta de autoestima y la fragilidad de todo lo que le importa”.¹⁴² Evidentemente, el paternalismo extremo que propone Kass, ignora

¹³⁹ Kass, Leon, “No daré ninguna droga letal. Por qué los médicos no deben matar”. Artículo presentado en la ponencia sobre Ética y Filosofía del Colegio Americano de Médicos, que se llevó a cabo el 23 de octubre de 1991 en Chicago, Illinois. Cf. Thomasma, David, y, Kushner, Thomasine (eds.), *op. cit.*, nota 220, p. 255.

¹⁴⁰ *Ibidem*, p. 265.

¹⁴¹ Dworkin, Gerald, “La naturaleza de la medicina”, en Dworkin, Gerald, Frey, R.G y Bok, Sissela (coords.) La eutanasia y el auxilio médico al suicidio, trad. de Carmen Francí Ventosa, España, Cambridge University Press, 2000, p. 36.

¹⁴² Kass, Leon, *op. cit.*, p. 256.

el principio de respeto a la autonomía del paciente, al exponer a éste como un ente frágil que necesita la omnisciencia del médico en todo momento.

Kass determina el fin de la medicina en razón de su postura contra la eutanasia. Para él, los médicos no deben, bajo ninguna circunstancia, matar. Crítica los argumentos a favor de la eutanasia dividiéndolos en dos grupos: los que se basan en la autonomía y los que se basan en condiciones objetivas de la calidad de la vida, se atenderá al fundamento que utiliza este autor para postular la salud como único fin de la medicina, esto es, al *Corpus Hippocraticum*.

Hipócrates, padre de la medicina, descendiente de Asclepios según la tradición griega, estableció tres principios fundamentales: “no abusar de la confidencialidad”, “no mantener relaciones sexuales con los pacientes” y “no administrar drogas letales”.¹⁴³ De aquí surge la idea de que los médicos no pueden ni deben matar. Sin pueden hacerlo anterior, entonces, la finalidad de los médicos es curar, proporcionar salud. Sin embargo, esta conclusión es inadecuada. En primer lugar, porque impone el sacrificio a los pacientes terminales de que su existencia, llena de sufrimiento y dolor, se prolongue indefinidamente, y en segundo lugar, porque se basa en un código ético que hace casi dos mil años, cuyo valor “más histórico que actual”, llenado de “muy nobles sentimientos, pero nada más”.¹⁴⁴

Por lo tanto, determinar que la salud es el único fin de la medicina basándose en el Juramento Hipocrático, sólo para rechazar argumentos que respaldan la eutanasia activa, es un argumento incompleto y cuestionable, ya que no cubre los servicios de la asistencia sanitaria, como la prevención y la promoción

¹⁴³ *Idem*, p. 262.

¹⁴⁴ Pérez Tamayo, Ruy, “El médico ante la muerte”, en *Eutanasia: hacia una muerte digna*, México, Colegio de Bioética-Foro Consultivo Científico y Tecnológico, 2009, p. 1.

de la salud, por ejemplo; además de estar influido por la ideología conservadora del autor.

4.3.2. LOS TRES FINES U OBJETIVOS DE LA MEDICINA, DE RUY PÉREZ TAMAYO.

Para el eminente médico mexicano, Ruy Pérez Tamayo, son tres los fines de la medicina: “1) preservar la salud; 2) curar, o aliviar cuando no se puede curar, y siempre apoyar y acompañar al paciente; y 3) evitar las muertes prematuras e innecesarias”. Con base en estos dos últimos, se puede argumentar a favor de la eutanasia activa. El segundo garantiza el alivio del dolor y el acompañamiento del moribundo; en cuanto que el tercero obliga a evitar las muertes innecesarias, más no las muertes que, como se dijo anteriormente, representan un beneficio al paciente.

El autor reduce sus tres fines en uno solo: “lograr que hombres y mujeres vivan jóvenes y sanos, y mueran sin sufrimientos y con dignidad, lo más tarde que sea posible”.¹⁴⁵

Los fines que determina este autor, comprenden a mayor escala los servicios de la asistencia sanitaria de cualquier sistema de salud, además de que son acorde a una ética médica laica, lo que significa, a diferencia de la propuesta anterior, que no buscan imponer una ideología basada en valores trascendentales o en tradiciones antiguas. En este sentido, justificar la eutanasia requiere una ética laica y no una ética religiosa, puesto que “para una ética secular, sin una apertura a la trascendencia, la propia libertad se convierte en el último punto de referencia, sustituyendo a Dios como horizonte final de las decisiones humanas...

¹⁴⁵ *Idem.*

Desde esta comprensión de la vida y del sentido del hombre no es fácil argumentar que no se pueda disponer activa y positivamente del final de la existencia” distinta de una ética religiosa, donde “la perspectiva religiosa cristiana da una valoración distinta del hecho de la vida, de la enfermedad y de la muerte... Para una visión cristiana de la vida, el dolor y la muerte son un absoluto sin sentido, sin un camino de participación en el misterio del Dios escondido, manifestado en Jesús”.¹⁴⁶

La ética médica laica que propone Ruy Pérez Tamayo, es definida como una ética basada en “los principios morales y las reglas de comportamiento que controlan y regulan las acciones de los médicos cuando actúan como tales, derivados únicamente de los objetivos de la medicina, sin participación o influencia de otros elementos no relacionados con esos objetivos”.¹⁴⁷

4.3.3. LOS CUATRO FINES DE LA MEDICINA, DEL HASTINGS CENTER.

A finales de 1996, el Hastings Center, de Nueva York, reunió un grupo interdisciplinario para definir y especificar los fines de la medicina. El estudio estuvo dirigido por Dan Callahan, y se integró por médicos, abogados, bioéticos, filósofos, psicólogos, entre otros. Los países convocados fueron Alemania, Chile, China, Dinamarca, España, Estados Unidos, Holanda, Hungría, Indonesia, Italia, el Reino Unido, la República Checa, la República Eslovaca y Suecia.

La necesidad de cuestionar y redefinir los fines tradicionales de la medicina, es que de no hacerlo las consecuencias serían devastadoras para la ética médica, la sociedad y los sistemas de salud, los cuales “serán económicamente insostenibles; con una tendencia a generar medicina demasiado cara, [aumentando] la brecha de desigualdad entre ricos y pobres en el acceso a la mejor

¹⁴⁶ Gafo, Javier, *Diez palabras clave en bioética*, España, Verbo Divino, 1993, pp. 118-119.

¹⁴⁷ *idem*, p. 18.

medicina...; crearán confusión en el terreno clínico; sin encontrar un equilibrio adecuado entre la cura y los cuidados, entre la conquista de la enfermedad y la mejora de la calidad de vida".¹⁴⁸

4.3.3.1. LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES Y LESIONES Y LA PROMOCIÓN Y LA CONSERVACIÓN DE LA SALUD.

Existen tres razones para justificar este fin: en primer lugar, con la prevención se mantiene el estado de salud y en la mayoría de los casos se evitan enfermedades, logrando que las personas vivan en armonía en la sociedad; en segundo lugar, los beneficios económicos que generan la prevención y la promoción de la salud son considerables para los pacientes y para el Estado, en relación al sistema de salud pública; y en tercer lugar, la importancia de demostrar que la medicina no sólo trata pacientes ya enfermos y salvar vidas, sino que también le compete promover la salud de los ciudadanos para evitar que éstos enfermen.

Sin embargo, la prevención de la salud está determinada por los ingresos económicos, la educación del paciente y la ideología religiosa. Además, algunas campañas para prevenir enfermedades son consideradas violatorias del principio de respeto a la autonomía, como lo es la campaña contra el tabaquismo o la vacunación obligatoria. Estas campañas se justifican algunas veces, mediante el principio de beneficencia.

4.3.3.2. EL ALIVIO DEL DOLOR Y DEL SUFRIMIENTO CAUSADO POR MALES.

¹⁴⁸ Allert, Gebhard, Callahan, Dan et al, *op. cit.*, p. 27.

Las personas “sufren algún tipo de dolor en el cuerpo y buscan ayuda, otienen problemas psicológicos y desean aliviarlos; con frecuencia el dolor y el sufrimiento se sienten en conjunción.

Sin embargo, el dolor y el sufrimiento” son distintos, “el dolor se refiere a una aflicción física aguda y se manifiesta de muchas formas: el dolor puede ser agudo, punzante, penetrante. El sufrimiento, en cambio, “es un fenómeno que abarca múltiples escenarios y que no se restringe al lenguaje médico o al de la enfermedad”,¹⁴⁹ se refiere a un estado de preocupación o agobio psicológico, típicamente caracterizado por sensaciones de miedo, angustia o ansiedad. Un dolor agudo y constante puede ser causa de sufrimiento, pero el dolor no siempre provoca sufrimiento”.¹⁵⁰

En pacientes terminales, el alivio del dolor se da en las unidades de cuidados paliativos y control del dolor, sin embargo, muchas veces los médicos son reacios a prescribir drogas, como la morfina, a estos pacientes, por el temor de que se vuelvan adictos o se abrevie el tiempo que queda de vida. Además de que “en los países en vías de desarrollo tanto como en los desarrollados, existen importantes carencias en la educación sobre el alivio del dolor, en la aplicación de los conocimientos disponibles y en el respaldo médico y cultural necesario para asegurar un acceso automático a métodos paliativos aceptables”.¹⁵¹ Aunque la legislación obligue que el personal sanitario que esté a cargo de pacientes terminales en las Unidades del Dolor, debe estar capacitado y formado para atender a estos pacientes, al establecer en el Artículo 166 Bis 14, de la Ley General de Salud, el cual prescribe lo siguiente: Los médicos tratantes y el equipo sanitario que preste los cuidados paliativos, para el mejor desempeño de sus servicios, deberán estar debidamente capacitados humana y técnicamente,

¹⁴⁹ Arnaldo Kraus, *Op. cit.*, p. 59.

¹⁵⁰ Allert, Gebhard, Callahan, Dan et al, *Op. cit.*, p. 40.

¹⁵¹ *Idem*, p. 41.

por instituciones autorizadas para ello, la triste realidad es que en la mayoría de los casos no lo están.¹⁵² El sufrimiento también es atendido en estas unidades, aunque muchas veces la atención es precaria, por falta de recursos económicos o bien, por falta de preparación del personal sanitario en el tratamiento de los enfermos terminales. Por desgracia, la relación médico-paciente se ve menguada en la práctica, ya que, el paciente se entera del diagnóstico de su enfermedad en el momento en que llega a la Unidad de Cuidados Paliativos, y no antes.

Desafortunadamente, este último punto es común en la relación médico-paciente, debido a que “no se comprende que el temor a la mala salud, a la enfermedad ya supadecimiento puede provocar a menudo tanto sufrimiento como su existencia real”.¹⁵³

4.3.3.3. LA ATENCIÓN Y LA CURACIÓN DE ENFERMOS Y LOS CUIDADOS A LOS INCURABLES

Cuando las personas enferman van al médico para que éste les cure, les quite sus malestares y, por medio de la medicina, vuelvan a estar sanos. Lo anterior debe ir acompañado de una atención de calidad en la que el médico demuestre interés y respeto por sus pacientes. En el caso de los enfermos crónicos e incurables, la medicina se debe ajustar a aquello que puede disminuir su dolor y sufrimiento, de manera que, van de la mano el acompañamiento físico o médico y el psicológico. Ayudar al paciente a entender su enfermedad, no es otra cosa que enseñarlo a entenderse a sí mismo.

¹⁵² Díez Ripollés, José Luis, Santos Amaya, M, Garrido de Santos, J (eds.) *Op. cit.*, nota 217, p. 190.

¹⁵³ Allert, Gebhard, Callahan, Dan et al, *op. cit.*, p. 41.

4.3.3.4. LA EVITACIÓN DE LA MUERTE PREMATURA Y LA BUSCA DE UNA MUERTE TRANQUILA

La medicina busca siempre luchar contra la muerte, sin embargo, aunque se lucha no es una cuestión de “todo-o-nada-“, existe la prioridad de evitar las muertes prematuras (mors immatura). De manera que, “el deber principal de la medicina y de los sistemas de asistencia sanitaria, será, en términos generales, ayudar a los jóvenes a llegar a viejos y, una vez logrado esto, ayudar a los ancianos a vivir el resto de sus vidas cómoda y dignamente”.¹⁵⁴

Los autores consideraron establecer cuatro fines erróneos¹⁵⁵ Dichas finalidades son las siguientes:

“Malos usos y usos inaceptables del conocimiento médico”. Por malos usos se entiende de “aquel en que el propio objetivo es moralmente condenable, o aquel que se produce en un contexto inapropiado. El uso de técnicas médicas para la tortura, por ejemplo, es una perversión clara de la medicina, que subvierte sus fines, utilizando para infligir dolor conocimientos concebidos para aliviarlo”.

“Usos de la medicina aceptables bajo determinadas circunstancias”. El hecho de que se intenta mejorar la naturaleza humana, por no aceptar las condiciones genéticas, tiene límites. La medicina no está al servicio de la vanidad ni de los prejuicios, sino de la salud.

“Usos de la medicina inaceptables, excepto en circunstancias muy

¹⁵⁴ *Idem*, p. 4.

¹⁵⁵ *Ibidem*, p. 48.

concretas **y excepcionales”.**

En el caso de los médicos contratados por empresas para realizar exámenes previos a posibles candidatos a un puesto, trae consigo cuestiones como la confidencialidad que no puede dejarse a un lado por el interés del patrón. Si se omitiera la confidencialidad, la persona revisada por el médico podría ser estigmatizada, si fuera portador de alguna enfermedad o virus; y

“La autonomía y el bienestar social como fines médicos”. Para estos autores, la autonomía no es un fin fundamental para la medicina, por ser excesivamente individualista, lo mismo puede decirse del bienestar social. De modo que, la medicina no puede enfocarse en un individuo, puesto que sería abusar de ella. En este sentido, la medicina no puede darte todo por el individuo, ni servir para generar el bien común bajo una ideología que discrimine a los débiles o discapacitados., que implican una prohibición para los médicos. Los fines de la medicina presentados en esta propuesta, son muy similares a los de la anterior, sólo que aquí están expuestos de manera completa. Lo fundamental de esta última propuesta es que fue formulada por un grupo interdisciplinario y pluralista, lo que le imprime un valor mayor. Pues, para algunos autores, los fines de la medicina, pueden justificarla eutanasia activa voluntaria, aunque para otros no.

4.4. RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

En el presente apartado, se expondrá la importancia de la relación médico-paciente, por ser en éste donde se materializan los principios éticos, además de que

endicha relación se concretan los derechos del paciente.

La relación médico-paciente muchas veces es considerada utópica, porque exige un compromiso serio por parte de sus dos integrantes. Esta relación ha sido criticada por ser impersonal, exigua, breve y tiránica. Algunas veces se estigmatiza el papel de los médicos, se les acusa de presunción y de aparentar ser los portadores de un conocimiento especializado, frente a un paciente débil, angustiado por lo incierto de su destino. Otras veces, es el paciente a quien se señala como el principal responsable de los fracasos de esta relación, a causa de su ignorancia, de su falta de compromiso para consigo mismo y para con el tratamiento. El paternalismo médico estaría justificado en esta última situación, siempre que el médico buscara la forma de hacer que el paciente se comprometa e interese por lo que le ocurre.

Cuando la relación médico-paciente, no es recíproca, ocurre lo que le sucedió a Ivan Illich en el libro que describe el proceso de su muerte.

Para él había sólo una pregunta importante, a saber: ¿era grave su estado o no lo era? Pero el médico esquivó esa indiscreta pregunta. Desde su punto de vista era una pregunta ociosa que no admitía discusión; lo importante era decidir qué era lo más probable: si riñón flotante, o catarro crónico o apendicitis. No era cuestión de la vida o la muerte de Iván Illich, sino de si aquello era un riñón flotante o una apendicitis. Preguntó Iván al médico: «probablemente, nosotros los enfermos hacemos amenudo preguntas indiscretas. Pero dígame: ¿esta enfermedad, en general, es peligrosa o no?...» El médico le miró severamente por encima de los lentes como para decirle: «Procesado, sino se atiende usted a las preguntas que se le hacen me veré

obligado a expulsarlo de la sala».¹⁵⁶

La relación comienza como un encuentro entre dos extraños, en el que uno acude a recibir un servicio del otro, quien se ha formado y capacitado para brindar dicho

servicio, algunas veces de manera gratuita, otras pagando un precio bajo o alto, dependiendo del nivel de especialidad que requiera. En el inicio hay una confianza implícita y parcial por parte de ambos. La relación se construye sobre la base del respeto y el diálogo, y en ocasiones sobre el silencio. Ambos formulan preguntas y al final se llega al diagnóstico, éste trae consigo una serie de alternativas terapéuticas y el tan esperado pronóstico; se tocan cuestiones definitivas y provisionales. Al final, la confianza se completa o se retira, todo depende del papel que juega cada uno de los personajes vinculados por la enfermedad y la salud, y del nivel de seriedad que le presten. De este modo, la relación “tiene una historia natural, un principio en el que el miedo y la incertidumbre iniciales, por parte del enfermo, y la apertura y el trato receptivo y respetuoso, por parte del médico se irán transformando poco a poco en la tranquilidad y la confianza del enfermo, y el trato amable y afectuoso, pero cada vez con más conocimiento del problema del paciente, del médico”.¹⁵⁷

Esta relación se ha dado desde antes del origen de las civilizaciones antiguas. Compartidas por los primeros hombres que expresaban de algún modo sus dolencias a los otros; la relación médico-paciente estuvo protagonizada por los chamanes, los magos y sacerdotes, quienes mediante ritos, bailes y sacrificios a alguna deidad, buscaban curar las enfermedades de los hombres y restablecer su salud.

¹⁵⁶ Tolstói, Lev, La muerte de Iván Illich, *op. cit.*, nota 189, pp. 45 y ss.

¹⁵⁷ Pérez Tamayo, Ruy, *op. cit.*, nota 229 p. 20.

La relación médico-paciente siempre ha sido fundamental para la medicina. Gracias a ella, el paciente puede expresar sus malestares y recibir información por parte del médico que calma su angustia y su sufrimiento. Desafortunadamente, la información no siempre es positiva para el paciente, por eso es necesario que el médico esté preparado no sólo con el conocimiento científico que entraña la medicina, sino en el trato humanitario hacia el paciente, con el fin de que pueda brindar a éste óptima atención psicológica.

Los beneficios que se obtienen de la relación médico-paciente son incontables cuando se desarrolla en los términos que se vienen señalando. En primer lugar, se desarrolla la confianza de manera amplia, lo que da lugar a que el paciente intervenga activamente en las decisiones concernientes a su salud; en segundo lugar, el médico recibe la satisfacción de estar realizando su trabajo de manera correcta, comprometiéndose a actuar moralmente en todas las situaciones; en tercer lugar, se respetan los principios de la ética biomédica en relación a la transmisión de la información para obtener el consentimiento informado respetando las decisiones del paciente (autonomía); se analizan los beneficios y riesgos de implementar o suspender un tratamiento (no maleficencia); se analizan también los beneficios objetivos para la calidad de vida del paciente (beneficencia); y se brinda atención equitativa a los demás pacientes estableciendo prioridades racionadas conforme a las necesidades de los mismos (justicia); en cuarto lugar, y ligado a los principios de beneficencia y no maleficencia, el hecho de que el paciente confíe en su médico representa un progreso en el tratamiento establecido, pudiendo así recuperar su salud en condiciones adecuadas y efectivas.

Además, en la relación médico-paciente, se redacta y organiza la historia clínica del paciente en un expediente. Éste es un "documento en el cual se registran las

anotaciones médicas, los procedimientos médicos, quirúrgicos y el tratamiento de un paciente”¹⁵⁸.

.

Asimismo, se considera que dentro de esta relación, el paciente puede ejercer su

derecho a las actividades de la asistencia médica, tanto preventivas, curativas y de rehabilitación, como las paliativas. En este último caso, la relación médico-paciente toma un camino distinto a aquella que estaba enfocada al restablecimiento de la salud. Cuando la enfermedad del paciente es irreversible y no hay tratamiento alguno que le restablezca su salud, el papel del médico consiste en cuidar y acompañar al paciente. Analizar juntos las posibilidades efectivas de controlar el dolor y compartir cualquier tipo de información que resulte esencial para el paciente y su familia.

De este modo, la relación del médico con un paciente terminal, toma un rumbo diferente que la relación de crítica línea arriba, ya que lo que prima aquí es el acompañamiento, las palabras como abrazos que confortan y dan calor en la batalla. Es, por decirlo de algún modo, una relación más delicada, ya que el ánimo del paciente es en cierto sentido frágil, puede entrar en un periodo de depresión, de ira, de rechazo antes de su situación, de coraje contra la vida. Las fases por las que pasa el paciente al enterarse de su situación terminal, han sido desarrolladas por Elizabeth Kübler-Ross, entre las que se encuentran:

La **negación**: en que el enfermo rechaza la información que se le ha dado;

La **agresividad**: el paciente se pregunta por qué le afecta precisamente a él y fácilmente vuelve esa agresividad sobre las personas cercanas;

La **negociación**: en que el terminal acepta el hecho de la proximidad de su

¹⁵⁸ Pérez Tamayo, Ruy, *op. cit.*, nota 229 p. 20.

muerte, pero negocia frecuentemente con Dios- y pone interiormente plazos para ese acontecimiento;

La **depresión**: el enfermo terminal se siente desalentado, sin interés por cuanto se desarrolla a su alrededor; y

La **aceptación**: el paciente puede acabar asumiendo y dando sentido al fin de su vida. Con la necesaria ayuda...considera que bastantes pacientes pueden llegar a esta fase.¹⁵⁹

La importancia de la relación del médico con estos pacientes radica en hacer posible “la comunicación sincera y la comunión personal”¹⁶⁰. La primera “supone compartir toda la información clínica que permita al paciente, a la familia y a todos

los profesionales de la salud implicados, tener el conocimiento, tanto intelectual como emocional, de que el paciente se está muriendo”; mientras que la segunda está enfocada a buscar establecer el diálogo una vez que se le ha hecho saber al paciente que pronto morirá, lo que representa un esfuerzo enorme para el médico, ya que la relación se ha vuelto un tanto fría, “impersonal y anónima”.¹⁶¹ Cuando se sabe que la muerte está cerca, “ya no es posible ignorar el hecho de que no es en realidad la muerte en sí lo que suscita temor y espanto, sino la idea anticipatoria de la muerte... El terror y la angustia sólo pueden suscitarnos en la conciencia de los vivos la idea, la representación mental de la muerte. Para los muertos no hay miedo ni alegría”.¹⁶²

4.5. LOS MÉDICOS Y LA OBSTINACIÓN TERAPÉUTICA

¹⁵⁹ Gafo, Javier, *Bioética teológica*, España, Universidad Pontificia, Comillas Madrid, 2003, p. 263.

¹⁶⁰ Hill, Patrick, “La atención al moribundo desde una perspectiva ética”, en Thomasma, David, y, Kushner, Thomasine (eds.) *op. cit.*, p. 222.

¹⁶¹ *Idem*, p. 223

¹⁶² Elias, Norbert, *La soledad de los moribundos*, trad. de Carlos Martín, México, Fondo de Cultura Económica, 1987, p. 93.

Jean Robert Debray utiliza por primera vez la expresión obstinación terapéutica¹⁶³ en 1950 para describirla acción en la cual se utilizan métodos terapéuticos que provocan efectos más dañinos que aquellos que se intentan curar.

Obstinación terapéutica, distanasiay encarnizamiento médico, son algunas formas de nombrar un proceder en el cual el médico se empeña en mantener con vida al paciente por medio de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos dolorosos que le conducen a mayor sufrimiento que el que la propia enfermedad produce; prolongando sus padecimientos y aplazando su muerte con el pleno conocimiento de que va a morir.

La obstinación terapéutica es una acción que produce daños físicos y psicológicos al grado de ser considerada inmoral. En estos casos la intervención médica pretende a toda costa preservar la vida pero, no devuelve la salud al enfermo, haciéndole sufrir dolores extremos que no logran curarlo ni disminuir los padecimientos que ya presenta, por lo tanto su práctica ocasiona mayor sufrimiento, transgrede el cuerpo y la dignidad de quienes son sometidos, induciéndolo al detrimento de su salud sin proporcionarles esperanza de cura.

Sí el médico por no exponer al paciente a tratamientos dolorosos e inútiles suspende la hidratación, nutrición, transfusión de sangre, oxigenación (entre otros tratamientos considerados básicos en la medicina y esenciales para mantener la vida del paciente) se asume que incurre en eutanasia pasiva en cualquiera de sus formas.

De los que se desprende que detener un tratamiento básico puede quebrantar la moral médica, mientras que prolongar la vida del paciente sin darsu cura infringe la

¹⁶³Daniel Behar, op. cit., p. 69.

dignidad del paciente. El enfrentarse con la muerte de un paciente evidencia los límites de la ciencia y la imposibilidad de salvar la vida. En este contexto, parte del problema se encuentra en establecer los límites de un tratamiento tanto para la perspectiva médica como para la legal.

La obstinación terapéutica implica una violación al cuerpo por lo que cada persona debe ser protegida de cualquier daño físico provocado, no importando sexo, edad, raza, religión, ideología o nacionalidad. Al final de la vida, permitir la naturaleza seguir su curso y no intervenir con medidas terapéuticas extraordinarias, constituye una buena práctica tanto médica como ética y por demás jurídica, ya que de este modo se respeta la autonomía y libre albedrío del paciente, al permitirle la difícil decisión de morir con dignidad.

4.6. DERECHOS DE LOS PACIENTES

Dentro de este capítulo se han presentado los problemas que derivan de la aplicación de los avances tecnológicos y científicos en la medicina, lo que ha dado lugar a la reformulación de los fines u objetivos de la misma, algunos de ellos son puestos en la práctica, en la relación médico-paciente. Una categoría especial de estos últimos, es la de los pacientes terminales, quienes debido a su padecimiento están íntimamente relacionados con el tema de la eutanasia activa. En el presente apartado, se abordará el tema de los derechos de los pacientes en general, y de los pacientes terminales en particular, que incluye la Ley General de Salud, no sin antes, dar una breve explicación de lo que es un derecho, y enunciar los derechos fundamentales que dan sustento a los derechos que contiene la Ley en comento.

La palabra derecho tiene muchos sentidos, y por tanto, muchos significados.

Puede significar **mandato, orden, prerrogativa, libertad, beneficio, reclamo**, entre otros. En este estudio, se sigue la concepción de derecho como beneficio. Entender el derecho como un beneficio, pertenece a una concepción moral del derecho. Los derechos morales, tienen los siguientes rasgos:

“...son tales que si existieran, su existencia estaría dada por su validez o aceptabilidad no por su reconocimiento efectivo o aceptación real por ciertos individuos; no son, en consecuencia, principios de una moral positiva sino de una moral crítica o ideal que puede o no tener vigencia en algún ámbito;

Si estos principios fueran aceptados para justificar ciertas conductas, ellos serían aceptados como justificación final de esas conductas; es decir, no hay principios de otra clase que prevalezcan sobre ellos para valorar una acción que esté comprendida en su dominio; y

Los principios morales pueden valorar cualquier conducta (...), si una conducta está o no sometida a valoración moral no puede determinarse a priori, sino que depende del contenido de los morales básicos”.¹⁶⁴

Aunque su contenido está determinado por la moral común, en algunos casos, estos derechos se encuentran en el orden jurídico, de este modo, apelar a ellos hace más sólidos los argumentos que los acompañan.

La definición de derecho implica que éste representa para las personas un bien, sin el cual no puedan continuar desarrollándose. Este tipo de derecho tiene la característica de ser correlativos con obligaciones para otros. Cuando se dice que “tengo derecho a «x» hacen referencia a la existencia, en el sistema relevante, de un norma que impone a otros el deber de dejar de hacer «x» o de facilitarme la realización de «x» –si «x» es una acción- o de proporcionarme (o

¹⁶⁴ Nino, Carlos Santiago, *Ética y derechos humanos. Un ensayo de fundamentación*. 2da. ed., Argentina, Editorial Astrea, 2005, p. 20.

hacerme «x») o no quitarme (o no hacerme «x») –si «x» es un bien o beneficio-. Como se ve, las obligaciones pueden ser activas o pasivas, según exijan actos u omisiones”.¹⁶⁵

Algunas veces, tener un derecho implica para otros obligaciones de hacer o no hacer; si “un hombre tiene derecho en el sentido de la libertad significa que nadie puede exigir que no haga lo que tiene derecho a hacer”, es decir, que no interfieran en su acción. Mientras que “algunas veces uno de estos derechos impone a otras personas el deber de asegurarme aquello a lo que tengo derecho”.¹⁶⁶ Por tanto, estos derechos generan dos tipos de deberes u obligaciones: la de no interferir o las de servicio.

En México, el derecho a la salud, por ejemplo, genera los dos tipos de obligaciones: no interferir en la elección del médico u hospital que uno desea para ser tratado, y el deber de generar los servicios necesarios para que la sociedad pueda tener acceso al derecho a la salud. Alguien el derecho moral de acceder a una situación «S» (que puede ser la posibilidad de realizar cierta acción o la de disponer de determinados recursos o la de verse librado de ciertas contingencias) cuando el individuo en cuestión pertenece a una clase «C» y se presupone que «S» implican normalmente para cada miembro de «C» un bien de tal importancia que debe facilitarse su acceso a «S» y es moralmente erróneo impedir tal acceso”.¹⁶⁷

Un derecho implica una situación valiosa para una clase de personas, por ser distribuido e individualizados. Estos derechos sirven del límite o umbral ante la persecución del bienestar colectivo.¹⁶⁸

¹⁶⁵ Idem, p. 27.

¹⁶⁶ Foot, Philippa, *op. cit.*, nota, 196, pp. 62-63.

¹⁶⁷ Nino, Carlos Santiago, *op. cit.*, nota 277, p. 40.

¹⁶⁸ Dworkin, Ronald, *Talking Rights Seriously*, Cambridge, Mass. p. 91-92. En Nino, Carlos Santiago, *op. cit.*, p. 34-35.

Es decir, limitan la realización de satisfacciones sociales por atender las necesidades y satisfacciones individuales.

Un derecho es algo que debe protegerse porque es valioso para los individuos, porque es útil para ejercer otros derechos. Si bien, no es común renunciar a un beneficio, existe la posibilidad, de que el bien que protege el derecho deje de ser beneficioso para el individuo, cuando esta situación ocurre, la protección de ese derecho pasa a segundo término respetándose los otros derechos, y el Estado no debe interferir en las decisiones de los individuos de renunciar a tales derechos, siempre y cuando no afecten a terceros. Por ejemplo, si un individuo considera que su vida ya no tiene la calidad suficiente para ser vivida, puede renunciar a su derecho a vivir, eligiendo el modo en el que va a morir, respetándose su derecho a elegir.

Los titulares de los derechos morales, de acuerdo con Carlos S. Nino, son las personas “que poseen las propiedades que son actualmente necesarias para gozar o ejercer tales derechos...esto presupone, naturalmente, la distinción entre ser titular de un derecho y estar capacitado para ejercerlo”. No basta ser titular de un derecho, sino que es necesario “poseer las condiciones para ejercerlo”.¹⁶⁹ Las personas morales son “plurales y distintas, consisten en sistemas separados de fines”.¹⁷⁰ Por tal motivo, para ser persona moral es necesario cumplir con la condición de ser, “al menos potencialmente, autoconsciente. Según nuestras actuales creencias científicas se requiere un sistema nervioso desarrollado”.¹⁷¹ En consecuencia, una persona moral es “un ser con consciencia de su propia existencia en el tiempo y

¹⁶⁹ *Idem*, p. 46

¹⁷⁰ *Ibidem*, p. 133

¹⁷¹ *Idem*, p. 253

con capacidad para tener necesidades y planes para el futuro".¹⁷²

La conciencia es una condición para ser titular de derechos morales, más éstos pueden ejercerse por medio de un representante, en caso de que la persona caiga en un estado de inconsciencia permanente o transitoria, con base en lo que determinen las leyes. Sin embargo, las personas inconscientes son titulares de derechos morales, aunque no puedan ejercerlos otros lo hacen por ellos, pues no por su situación serán objeto de discriminación, indignidad y vejaciones contra su persona.

4.7. DERECHOS DE LOS PACIENTES TERMINALES CONTENIDOS EN LA CONSTITUCIÓN Y EN LA LEY GENERAL DE SALUD.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, a diferencia de los textos constitucionales de otros países,¹⁷³ no consagra de manera explícita un derecho a la vida, sin embargo, el reconocimiento de otros derechos supone la existencia de aquél, por lo tanto su reconocimiento se entiende implícito. Otro derecho no reconocido expresamente, derivado de los que reconoce la Constitución, es el derecho a la intimidad. Éste se deriva de los artículos 14, párrafo 2º, y 16, párrafos 1º, 2º y 12º, que garantizan la inviolabilidad de las propiedades, posesiones y derechos, la inviolabilidad del domicilio, papeles y posesiones, la inviolabilidad de la correspondencia y conversaciones privadas, así como la protección a los datos personales, y la consecuente restricción a la información personal, respectivamente. Se considera el derecho a la vida y a la intimidad, porque junto con la libertad de ideas, establecido en el artículo 6º, párrafo

¹⁷²Singer, Peter, *Repensar la vida y la muerte. El derrumbe de nuestra ética tradicional*, trad. de Yolanda Fontal Rueda, España, Paidós Transiciones, 1997, p.213.

¹⁷³La Constitución Española, por ejemplo, consagra el derecho a la vida en el artículo 15.1, junto con los derechos a la integridad física y moral; la Constitución de Colombia, consagra el derecho a la vida en su artículo 11; La Constitución de Venezuela, lo reconoce en el artículo 43; entre otras.

primero, y la libertad de culto del primer párrafo del artículo 24, se derivan de los principios morales sirven de fundamento para concebir la eutanasia activa en la legislación de nuestro país. El respeto a la autonomía, es también el respeto a la dignidad y ambos se fundan en la idea de libertad y privacidad.

Como sostiene Philippa Foot, “no hay duda de que las personas tienen el derecho a vivir en el sentido de la libertad, pero lo que es importante es el racimo de derechos de reclamo agrupados bajo el título de derecho a la vida. El principal de éstos es, desde luego, el derecho a estar libre de interferencias que amenacen la vida”.¹⁷⁴

No se sostiene la idea de un derecho a morir, porque todavía no se logra entender su complejidad ni límites, al contrario, se sostiene y se afirma, el derecho a la libertad, con la cual se puede elegir el modo de morir, siempre que esta elección represente un beneficio para quien la elige.

Algunos de estos derechos, están especificados en la Ley General de Salud. Esta Ley establece los derechos de los pacientes en general, y de los pacientes terminales en particular. Así, el artículo 51, establece que “los usuarios tendrán derecho a obtener prestaciones de salud oportunas y de calidad idónea y a recibir atención profesional y éticamente responsable, así como trato respetuoso y digno de los profesionales, técnicos y auxiliares; así mismo se les reconoce “el derecho de elegir, de manera libre y voluntaria, al médico que los atiende entre los médicos de la unidad del primer nivel de atención que les corresponda... sólo los asegurados podrán ejercer este derecho”; el artículo 51 Bis 1, reconoce el

¹⁷⁴Foot, Philippa, *op. cit.*, p. 63.

derecho a “recibir información suficiente, clara, oportuna, y veraz, así como la orientación que sea necesaria respecto de su salud y sobre los riesgos y alternativas de los procedimientos, diagnósticos terapéuticos y quirúrgicos que se le indiquen o apliquen”. El 51 Bis 2, sostiene que “los usuarios tienen derecho a decidir

libremente sobre la aplicación de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos ofrecidos. En caso de urgencia o que el usuario se encuentre en estado de incapacidad transitoria o permanente, la autorización para proceder será otorgada por el familiar que lo acompañe o su representante legal; en caso de no ser posible lo anterior, el prestador de servicios de salud procederá de inmediato para preservar la vida y salud del usuario, dejando constancia en el expediente clínico”. Se reconoce también, un derecho para “contar con facilidades para acceder a una segunda opinión”, respecto del diagnóstico y pronóstico.

El artículo 77 bis 36, consagra el derecho de los pacientes de recibir un trato digno, sin “ningún tipo de discriminación en los servicios de salud, los medicamentos y los insumos esenciales requeridos para el diagnóstico y tratamiento de los padecimientos, en las unidades médicas de la administración pública”;

del mismo modo, el artículo 77 bis 37, establece los siguientes derechos: recibir servicios integrales de salud; acceso igualitario a la atención; trato digno, respetuoso y atención de calidad; contar con su expediente clínico; recibir información y decidir libremente; otorgar o no su consentimiento válidamente informado; rechazar tratamientos o procedimientos; ser tratado con confidencialidad; recibir atención médica en urgencias; recibir información sobre los procedimientos que rigen el funcionamiento de los establecimientos para el acceso y obtención de servicios de atención médica; no cubrir cuotas de recuperación específicas por cada servicio que

reciban; y ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.

En lo que respecta a los pacientes terminales, tienen además de los anteriores, los siguientes derechos:

Recibir los cuidados básicos, consistentes en la higiene, alimentación e hidratación; Solicitar y recibir cuidados paliativos, consistentes en el “cuidado activo y total” con la intención de controlar el dolor y otros síntomas, “así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales”; Ingresar a las instituciones de salud cuando requiera atención médica; Dejar voluntariamente la institución de salud en que esté hospitalizado, de conformidad a las disposiciones aplicables”; Recibir información por parte de su médico para poder “dar su consentimiento informado por escrito para la aplicación o no de tratamientos medicamentosos y cuidados paliativos adecuados a su enfermedad, necesidades y calidad de vida”; Renunciar, abandonar o negarse en cualquier momento a recibir o continuar el tratamiento que considere extraordinario; Optar por recibir los cuidados paliativos en un domicilio particular; Designar, a algún familiar, representante legal o a una persona de su confianza, para el caso de que, con el avance de la enfermedad, esté impedido a expresar su voluntad, lo haga en su representación”; Recibir los servicios espirituales, cuando lo solicite él, su familia, representante legal o persona de su confianza; y Recibir trato digno, respetuoso y profesional procurando preservar su calidad de vida”.¹⁷⁵

En el caso de los pacientes terminales mayores de edad, “en pleno uso de sus facultades mentales, tiene derecho a expresar su voluntad por escrito ante dos testigos, de recibir o no cualquier tratamiento, en el caso de que le llegue a padecer una enfermedad y estar en situación terminal y no le sea posible manifestar dicha

¹⁷⁵ Ley General de Salud Artículo 166 Bis 3.

voluntad. Dicho documento podrá ser revocado en cualquier momento”,¹⁷⁶ además tiene derecho a la suspensión voluntaria del tratamiento curativo y como consecuencia al inicio de tratamiento estrictamente paliativo”,¹⁷⁷ esta suspensión, “supone la cancelación de todo medicamento que busque contrarrestarla enfermedad terminal del paciente y el inicio de tratamientos enfocados de manera exclusiva a la disminución del dolor o malestar del paciente”.¹⁷⁸ Unavez suspendido un tratamiento, el paciente tiene derecho a solicitarlo nuevamente, ratificando su decisión por escrito.¹⁷⁹

La Ley General de Salud, especifica el objetivo del derecho a la suspensión o rechazo del tratamiento, según el cual se deja que el padecimiento evolucione naturalmente, prolongando inútilmente su existencia. Lo anterior representa un doble problema, por un lado, cuando lo que desea el paciente es aminorar el dolor, el dejar que la enfermedad continúe naturalmente, retirando los medicamentos que contribuyen a opacar dicho dolor, se le deja morir al paciente de una forma cruel, porque la muerte no llega y el sufrimiento sigue prolongándose; por el otro, “estamos mucho menos seguros acerca de lo que significa dejar que alguien se muera de lo que estamos respecto de matar a alguien”.¹⁸⁰

Los derechos enunciados en este apartado, contribuyen a generar el debate sobre

la legalización de la eutanasia. Una primera impresión de ellos, es que resultan contrarios para argumentar a favor de esta práctica, sin embargo, vistos a la luz de los fines de la medicina y de los principios morales aceptados,

¹⁷⁶ Ley General de Salud Artículo 166 Bis 4.

¹⁷⁷ Ley General de Salud Artículo 166 Bis 5.

¹⁷⁸ Ley General de Salud Artículo 166 Bis 6.

¹⁷⁹ Ley General de Salud Artículo 166 Bis 7.

¹⁸⁰ Ferrater, John, y, Cohn, Priscilla, *Op. cit.*, nota 194, p. 98.

demuestran la viabilidad para una legislación que contemple la eutanasia.

4.8. TESTIMONIO ANTICIPADO

Instrucciones anticipadas, consentimiento bien informado, voluntad anticipada, testamento anticipado, testamento biológico, testamento de vida y disposición de la vida, son algunos de los nombres que recibe el documento que es elaborado por un paciente, para expresar las instrucciones que desea que siga el médico respecto a su tratamiento, en caso de que debido a la enfermedad o a alguna intervención quirúrgica quede en estado incompetente para tomar una decisión (como pudiera ser la pérdida de la capacidad de habla o de la conciencia).

Países como Estados Unidos, Australia, Holanda, Bélgica, Dinamarca, Estados Unidos y México cuentan con formularios que han sido preparados y difundidos principalmente por asociaciones pro-eutanasia, sin embargo, aún hay muchos otros países en los que continúa el debate, no sólo respecto a su importancia sino también a su peligrosidad.

Las instrucciones anticipadas son un derecho del paciente a expresar y establecer con claridad y por adelantado sus preferencias, prioridades y el tipo de tratamiento que desea recibir. En los casos en los que el enfermo se encuentra incompetente un familiar o titular puede decidir por él.

Es importante, que en los países en donde está normado el testamento anticipado, se tengan presentes las siguientes premisas que están en función de la normativa vigente de cada país y que a grandes rasgos pueden sintetizarse de la siguiente manera:

Cualquier persona tiene derecho a tener una muerte natural. 2.- Todos tienen derecho a rechazar un tratamiento médico. Se prohíbe que su vida se prolongue de forma artificial.

Deben pronunciar el deseo con firmeza de morir dignamente. Expresar el deseo de morir sin la administración de medidas extraordinarias o desproporcionadas en caso de enfermedad terminal o falta de esperanza de vida.

Sin embargo, a pesar de la apariencia sencilla del testimonio anticipado se presentan inconvenientes para su aceptación en algunos países debido a que, entre los estatutos que rigen el procedimiento, se encuentra el hecho de que el paciente debe estar informado de forma amplia y precisa sobre su estado de salud, ya que un error en la información proporcionada por el médico sería causante de denuncia en su contra por negligencia o procedimientos inadecuados.

El doctor Hornett quien ha puesto principal atención en el análisis ético y legal de las instrucciones anticipadas, responde a esta situación diciendo que ante “la dudosa premisa sobre la cual descansa la fuerza legal de las decisiones anticipadas y por el peligro de que las personas hagan rechazos mal informados es viable que las instrucciones anticipadas deban informar, pero no obligar al médico”¹⁸¹ a llevarlas a cabo.

El testamento de vida intenta que los pacientes se protejan a sí mismos y a los demás del riesgo de terminar siendo víctimas de la obstinación terapéutica.

4.9. CUIDADOS PALIATIVOS Y EL DOBLE EFECTO

¹⁸¹ Stuard Hornett, “Instrucciones anticipadas” en: Keown, John (comp.) *op. cit.*, p. 411.

Debido al interés y la necesidad que existe por parte del enfermo de protegerse de las transgresiones médicas que se han desarrollado y estudiado con mayor ahínco y éxito la medicina paliativa que consiste en dar medicamentos que quitan o reducen el dolor a las personas con malestares insostenibles, tratando de eliminar o al menos de reducir su sufrimiento.

La Organización Mundial de la Salud define los cuidados paliativos de la siguiente manera:

El cuidado total de los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento activo con finalidad curativa.

El control del dolor y otros síntomas físicos así como la atención de los problemas psicológicos, sociales y espirituales.

El objetivo de los cuidados paliativos es conseguir la mejor calidad de vida para el paciente y su familia.¹⁸²

Lo que se pretende actualmente con la medicina paliativa es controlar el dolor y otros síntomas desagradables, (como la falta de oxigenación por deficiencia pulmonar) para mejorar la calidad de vida de un paciente; este tipo de cuidados está dirigido específicamente a enfermos en estado terminal donde los médicos reconocen que ya no pueden aplicar tratamiento que cure o evite el padecimiento. Estos cuidados se han convertido en una opción cada vez más accesible para el sistema de salud de diversos países, aunque reconocen que todavía hay mucho que hacer al respecto.

¹⁸²Daniel Behar, op. cit., p. 110.

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) defiende los cuidados paliativos y la creación de los Hospice (clínicas especializadas para el cuidado de los enfermos terminales donde los cuidados son diseñados para que los últimos días de un enfermo sean vividos con dignidad y calidad) a través de una forma de cuidados indispensables trazados específicamente para brindar bienestar y soporte tanto físico como psicológico al enfermo terminal y a los familiares del mismo. Estos cuidados pretenden que el enfermo esté libre de dolores para que pueda pasar los últimos días en su casa rodeado de familiares, amigos, seres queridos y de todo aquello que pudiese significar o representar paz y tranquilidad en el final de sus días

La Asociación Catalana de Estudios Bioéticos ACEB`D informa que, además de apoyarles después del fallecimiento del enfermo:

Los cuidados paliativos no tienden a la prolongación de la vida ni tampoco a la aceleración de la muerte, sólo intentan estar presentes y aportar los conocimientos especializados y el soporte emocional y espiritual durante la fase terminal en un entorno que incluye el hogar, la familia y los amigos.¹⁸³

La tranquilidad parece ser parte esencial de los cuidados paliativos. El hecho de que un paciente tenga el conocimiento de que sus dolores podrán ser manejados hasta un grado tolerable le da alivio y permite que la idea del suicidio o la muerte sea un proceso transitorio que pase a último término.

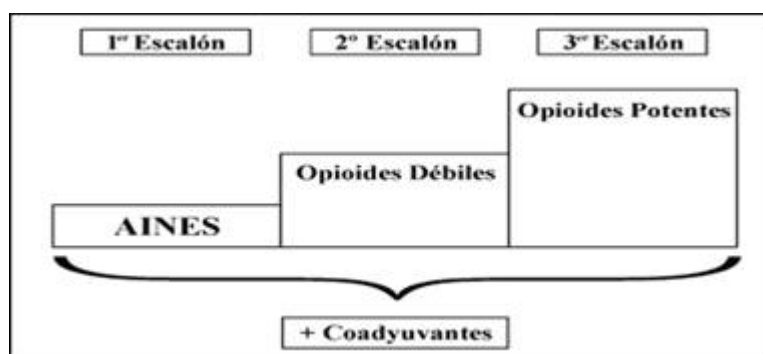
Entre las dificultades que se presentan en el control y manejo del dolor se encuentran aquellos casos donde el enfermo tiene dificultad para respirar, ya que éste es un malestar que no logra eliminarse por completo, especialmente cuando es generado por cáncer pulmonar; sin embargo, puede ser tratado para

¹⁸³Manuel Suredo González, Aproximación al enfermo terminal y la muerte [en línea] portal Asociación Catalana de Estudios Bioéticos, 2003, España, <http://www.aceb.org/term.htm> [última consulta 11 de mayo de 20104].

que él aprenda a controlar y disminuir sus crisis. El especialista Robert G. Twycross explica que en estos casos “se le debe explicar al paciente como abortar los ataques de pánico respiratorio con técnicas de relajación basadas en el control de la respiración, y aplicando pequeñas dosis de drogas como diazepam o morfina, que reducen el ritmo de la respiración durante el sueño y le permite estar relajado”.¹⁸⁴

La organización Mundial de la Salud (OMS) informa que ha habido notables cambios en la reducción del dolor por cáncer de 1956 a 1986 gracias a los avances en la medicina paliativa, introducidos en 1986 como método de alivio al dolor por cáncer. Dicho método se resume en la “Escalera analgésica de la OMS” la cual tiene el objetivo de normar el uso de analgésicos a través de una administración racional específica según los requerimientos y condiciones del enfermo y en orden creciente; en el primer escalón se encuentran los analgésicos, en el segundo los opioides ligeros y en el tercero los opioides fuertes como son morfina, heroína y diazepam. Ver ilustración núm.1.¹⁸⁵

Ilustración 1 Escalera Analgésica



¹⁸⁴Robert G. Twycross, “Donde hay esperanza hay vida” en: Keown, John (comp.), La eutanasia examinada: Perspectivas éticas, clínicas y legales, México, FCE., 2004, p. 213. para atenuar la sofocación.

¹⁸⁵Claudio Fierro Noudörfer, Ars Médica, Revista: Estudios Médico Humanísticos, Vol. 11, No. 11, Universidad Católica de Chile, <http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/arsmedica11/Ars2.html> [última consulta 9 de septiembre de 2012].

Los resultados obtenidos de éste nuevo método de la medicina paliativa según un estudio realizado por el *Hospice Movement*, fueron los siguientes: de un total de 200 pacientes, aproximadamente el 86% obtuvo alivio completo, 11% alivio aceptable, y 3% alivio insatisfactorio.¹⁸⁶

Estos datos nos muestran que los cuidados paliativos son de gran utilidad para mejorar la condición de vida del enfermo. No obstante, el hecho de que el 86% de los casos haya recibido alivio completo, no quiere decir necesariamente que sea permanente, ya que conforme la enfermedad progresa el paciente pasa al estado de alivio aceptable y posteriormente al de alivio insatisfactorio.

Es indudable que los cuidados paliativos deben ampliarse hacia la población que los requiera y solicite. Sin embargo, en México es evidente que el Sector Salud en ocasiones no cuenta con los recursos necesarios para ampliar este tipo de atención, debido a que la racionalización del presupuesto en todas las sociedades es un suceso real y cotidiano, especialmente en los países en crisis económica y del tercer mundo, donde satisfacer la demanda implica una serie de dificultades relacionadas con negligencia médica, falta de organización, falta de recursos humanos, materiales y económicos.

Hoy día los medicamentos para el cuidado paliativo no pueden asegurar la mejoría general de los pacientes ni los lleva a disfrutar plenamente de los últimos momentos de su vida; los efectos secundarios que provocan estos medicamentos son de diversa índole y limitantes para el paciente.

¹⁸⁶ *Idem*, p. 208.

Un ejemplo es el estudio realizado en el hospital Centro Médico Nacional, 20 de Noviembre perteneciente al ISSSTE en una población total de 72 pacientes con dolor crónico oncológico que fueron tratados con hidromorfina durante 4 años del que se obtuvo que el 55.6% de los enfermos presentaron efectos adversos (EA) al medicamento mientras que el resto 44.4% no los presentó. Así, del total de los pacientes estudiados el porcentaje con EA “fue por estreñimiento 33%, de náuseas del 17%, de vómitos del 8,3%, de somnolencia del 4,2% y de alucinaciones del 2,8%”.¹⁸⁷

Es por ello que los especialistas en medicina paliativa aceptan que hay situaciones en las que el objetivo de aliviar el dolor no está a su alcance y cuando esto sucede su labor debe concretarse a ayudar al paciente a encontrarle sentido a su vida.

La medicina paliativa presenta, como resultado de la sedación, el llamado “doble efecto”, que es la muerte del paciente por un ados de opiáceos (las drogas más frecuentemente usadas con doble efecto) administrados con la intención de reducir o eliminar el dolor. Estas drogas deben ser administradas con mucho cuidado, ya que nunca se puede tener la seguridad de cuál será la reacción del paciente, consecuencia que puede producir la *sedación terminal*, es decir, inducir al paciente a la eutanasia activa, pero que es considerada “correcta debido a que su aplicación se debe al abúscuo de aliviar el sufrimiento del enfermo y no acelerar su muerte”.¹⁸⁸

El doble efecto por lo tanto no resulta sancionable por la ley a pesar de que causa la muerte por eutanasia activa involuntaria, ya que todo médico tiene claro que

¹⁸⁷ E. Rionda, M.G. Rivera, C.P. Canseco, et. all, *Scielo, Revista de la Sociedad Española del Dolor*, Vol.16, No.5, jun.-jul. 2009 La Coruña, http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462009000500003&script=sci_arttext [Última fecha de consulta 8 de julio de 2015]

¹⁸⁸ Pedro J. Lasanta, *op. cit.*, p. 63.

el acortamiento de ella es resultado del efecto colateral del tratamiento, por lo que el problema se reduce al hecho de las intenciones. Así, si un médico administra drogas con la intención de causar la muerte y argumenta que su intención era aliviar los dolores, debido a que no había otro vía para conseguirlo, y que la situación era grave, por lo que era necesario tolerar el efecto secundario, entonces el médico puede quedar exento de sanción. Esto muestra la factibilidad con la que se puede pasar de un cuidado paliativo a la eutanasia activa de forma intencional bajo el argumento de la necesidad de tolerar los efectos secundarios.

Algunos testigos han sugerido que el doble efecto de algunas drogas terapéuticas al administrarse en dosis elevadas está siendo utilizado para ocultar lo que equivale a una difundida práctica de eutanasia, y expresaron que esto implica incompetencia médica, pero que el posible doble efecto no puede ser obstáculo para administrarlo.¹⁸⁹

4.10. PENDIENTE RESBALOSA Y SEDACIÓN TERMINAL

La “pendiente resbalosa” se presenta cuando se suspende la vida de una persona que no lo pidió, cuando el médico no respeta la autonomía del enfermo y su capacidad de tomar decisiones, adquiriendo poder sobre la vida de éste.

El Dr. John Habgood, arzobispo de York y miembro del Comité Selecto Sobre Ética Médica de la Cámara de los Loes, advirtió sobre la pendiente resbalosa a principios de 1994 diciendo “que una legislación que permitiera la eutanasia, al cabo del tiempo provocaría profundos cambios en las actitudes sociales hacia la muerte, la enfermedad, los ancianos y el papel de la

¹⁸⁹ Comité selecto sobre ética médica “Extractos del informe de la Cámara de los Loes” en: Keown, John (comp.), *op. cit.*, p.

Profesión médica”.¹⁹⁰ Esto no sería una contención difícil de predecir, sin embargo, ante su evidente predicción, se tendría que evaluar y reevaluar todo resultado con la intención de evitar y asegurar que los pacientes no sean víctimas de la eutanasia sin autorización, ya que ningún médico tiene el derecho de llevar a su paciente a la muerte por suponer que está a punto de fallecer.

En el lapsode una década se ha podido observar la problemática que se presenta con la legalización de la eutanasia. El profesor John Keown dice que “En Holanda actualmente se toleran las prácticas de eutanasia voluntaria”¹⁹¹ Este hecho debe servir de ejemplo no para impedir que el individuo tenga el derecho a una muerte dulce, si no para hacer una nueva revisión de los criterios utilizados con la finalidad de mejorar y asegurar que a los pacientes no se les provoque la muerte sino que se les solicite repetidamente como lo apunta Lacey.

La caída en la dependencia de los médicos no tendría razón de ser si el personal médico y jurídico se apegara a los estatutos que para su legalización fueron normados. El director de la National Hospital Association, escribió que la eutanasia significaba homicidio solicitado, y agregó:

Por consiguiente es imposible que quienes no quieren la eutanasia sean manipulados u obligados a aceptarla. La necesidad del consentimiento significa que las personas no necesitan temer que su vida está en peligro a causa de la edad o de la enfermedad, y que quienes no pueden expresar su voluntad, como los pacientes mentales o geriátricos nunca estarán en peligro.¹⁹²

Es por ello que debe haber una solicitud libre y explícita por parte del paciente

¹⁹⁰ John Keown, *op. cit.*, p. 387.

¹⁹¹ *Idem*, p. 390

¹⁹² *Idem*, p. 385.

para que pueda llevarse a cabo su aplicación. Sin embargo, la caída en la pendiente resbalosa es hoy en día una realidad y los principales riesgos que presentan son:

La práctica sin solicitud previa, La creencia de que los médicos que aplican la eutanasia tienen más valentía que quienes no la aplican, La aplicación de la eutanasia a pacientes sanos que la soliciten, El incumplimiento de la normatividad para evitar trámites engorrosos y/o problemas legales.

El problema de la eutanasia y su pendiente resbalosa no es si la existencia de una práctica médica es legalizada, sino la actitud ética de algunos médicos o de familiares de los enfermos, quienes la aplican solicitando que el paciente no tiene la disposición de morir pese a su edad o padecimiento.

Es indispensable que exista una supervisión estricta y precisa de lo contrario, continuarán los problemas que deforman el sentido de la eutanasia que pasa de un acto compasivo a uno práctico encaminado a las conveniencias personales y prácticas que puede definirse como "crimen legalizado". En este sentido y como se estaría hablando de eutanasia, sino de homicidio culposo o caco-tanasia, es por ello fundamental que nadie en ningún momento y por ningún motivo considere que la vida no tiene valor en sí misma por el hecho de que exista el derecho del paciente a elegir sobre su propio cuerpo.

Por otra parte, uno de los factores que permiten la caída en la pendiente resbalosa es la sedación terminal, proceso que refiere a la acción deliberada para administrar fármacos a los pacientes con la finalidad de producir la disminución del dolor, lo que se obtiene cuando se produce una disminución irreversible de la conciencia de un paciente cuya muerte se prevé cercana y en quien la intención de aliviar el sufrimiento resulta inalcanzable con otras medidas, obteniendo con

ello la muerte de un paciente que no la solicitó.

4.11. MUERTE DIGNA

Según el diccionario la palabra dignidad significa:

1. "Cualidad de Digno.
2. Correspondiente, proporcionado al mérito y condición de alguien o algo.
3. Gravedad y decoro de las personas en la manera de comportarse
4. Cargo, empleo honorífico y de autoridad".¹⁹³

En diversos lugares y momentos a lo largo de la historia, se ha podido observar que la dignidad del ser humano no era un hecho inherente a él, la mujer por ejemplo fue concebida sólo como un objeto para la procreación, mientras que los esclavos eran sólo sujetos de trabajo, no aptos para recibir un trato amable y decoroso por lo que su muerte no ocasionaba ningún perjuicio para nadie, no había diferencia entre el valor de la muerte de un animal de carga y el de un hombre esclavo. Sin embargo el maltrato y ultraje al hombre recibido por siglos se transforma con la abolición de la esclavitud y la [Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano](#) en 1789 en Francia.

En esta declaración se define que los derechos del hombre son universales en todo momento por el sólo hecho de pertenecer a la naturaleza humana, como se menciona en el artículo 2º y 4º:

Art. 2º. La meta de toda asociación política es la conservación de los derechos naturales e imprescriptibles del hombre. Estos derechos son: la libertad, la propiedad, la seguridad, y la resistencia a la opresión;

¹⁹³ "Dignidad" Diccionario de la Real Lengua Española (2015) <http://lema.rae.es/drae/> [última consulta 30 de agosto de 2015].

Art 4°. Libertad consiste en poder hacer todo lo que no daña a los demás. Así, el ejercicio de los derechos naturales de cada hombre no tiene más límites que los que aseguran a los demás miembros de la sociedad el goce de estos mismos derechos. Estos límites sólo pueden ser determinados por la ley.¹⁹⁴

Podemos entender la dignidad, en síntesis, como: no ser víctima de maltrato y humillación, el derecho de exigir una muerte basada en el reconocimiento de su persona como merecedora de respeto, -de un derecho natural que la acompaña desde el día que nació y hasta el último momento de la vida- y del derecho a no ser víctima de encarnizamiento médico y de las decisiones de terceros que ignoren los deseos personales. El derecho a morir con dignidad por lo tanto no puede estar separado del derecho a vivir con ella.

La muerte es un suceso natural que no tiene en sí mismo dignidad o indignidad, lo que le da ese carácter es el mismo hombre. La muerte de una persona se vuelve injusta cuando se acelera la muerte -lo que resulta un precio muy alto en su intento por liberarse del dolor- o se convierte en víctima de la obstinación médica, por lo tanto, lo que hace indigna a la muerte, sea moralmente permisible o no, no es si se le aplica la eutanasia activa o no, sino si es voluntaria o involuntaria.

Para poder considerar que una muerte es digna es necesario que se cumplan algunos derechos elementales, estos criterios son los siguientes:

Derecho a la dignidad.

Derecho a la integridad.

Derecho a la información.

¹⁹⁴“Declaración de los derechos del hombre y del ciudadano, 1789”, Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos [en línea] portal Instituto de Investigaciones Jurídicas, Universidad Nacional Autónoma de México, <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derhum/cont/30/pr/pr23.pdf> [última consulta 15 de octubre de 2014].

Derecho al tratamiento adecuado.

Derecho a sufrir lo menos posible.

Derecho a tener una muerte natural sin acciones que prolonguen la vida de modo artificial.

Derecho a rechazar un tratamiento médico.¹⁹⁵

4.12. LA EUTANASIA Y LA AUTODETERMINACIÓN DEL INDIVIDUO

Ante una decisión como la muerte se debe profundizar respecto a la calidad de la vida de quien la solicita, pues la eutanasia hoy en día no es un acto para quien desee la muerte por la muerte, sino una lucha por conservar la dignidad en los últimos momentos de la vida. En virtud de ello deben respetarse las decisiones del hombre a pesar de que ello implique la eutanasia o el suicidio, siempre y cuando no perjudique ni lesione los derechos de terceras personas y se esté en el momento último de una enfermedad incurable.

John Harris menciona que:

“la eutanasia debe ser permitida, no porque todo el mundo deba aceptar que es justa ni tampoco porque si se permite se viole una concepción defendible de la santidad de la vida, sino simplemente porque el impedir que una persona tome por sí misma una de las decisiones más importantes de su vida es una forma de tiranía”.¹⁹⁶

Por su parte la Asociación Catalana de Estudios Bioéticos,¹⁹⁷ clasifica entre rubros los argumentos que refieren a la eutanasia: el primero soportado en el consenso, el segundo en la dignidad de la persona humana y el tercero en la

¹⁹⁵ Daniel Behar, op. cit., p.71.

¹⁹⁶ John Harris, “La eutanasia y el valor de la vida” en: Keown, John (comp.), op. cit., p.47.

¹⁹⁷ Manuel Sureda Gonzalez, Aproximación al enfermo terminal y a la muerte [en línea] portal Asociación Catalana d’Estudis Bioètics, España, octubre 2003, <http://www.aceb.org/term.htm> [última consulta 30 de agosto de 2015].

autonomía personal.

El consenso: este aspecto refiere que los derechos humanos los tiene el hombre por el simple hecho de serlo.

La dignidad de la persona humana: es intrínseca a ella tanto como lo es la libertad y el derecho al respeto, ya que el hombre siempre (sin casos excepcionales) es inevitablemente digno en sí mismo.

La autonomía personal: este principio confiere al paciente el derecho a decidir sobre su propia muerte y el correspondiente derecho del médico a satisfacer o no el deseo del paciente por medio de la práctica de la eutanasia activa.

Kennet Boyd afirma que hoy en día en los países donde la eutanasia es legal las personas más vulnerables a su aplicación involuntaria son aquellas:

Que aunque no necesariamente estén cercanas a la muerte, estén totalmente paralizadas y dependan de aparatos de respiración.

A quienes sólo les quedan unas semanas o meses de vida pero tengan una extrema dificultad para respirar u otros síntomas muy perturbadores, no necesariamente dolorosos y que no puedan ser aliviados.

Las personas que padezcan demencia, pero con cierta autoconciencia y que explícitamente hayan solicitado la eutanasia si llegarán a caer en la demencia total.¹⁹⁸

En la actualidad, la lucha en favor de la eutanasia se basa principalmente en la legalización de la eutanasia activa voluntaria; la eutanasia involuntaria no es parte de las consideraciones de las organizaciones sociales interesadas, pero

¹⁹⁸ Kennet Boyd, "Regreso al futuro" en Keown, John, (comp.), op. cit., p. 115.

desde la perspectiva filosófica se manifiesta que no hay diferencias entre la eutanasia pasiva voluntaria y la eutanasia activa voluntaria, ya que la conducta moral es equivalente y en ambos casos se reconoce que el hecho de que el médico provoque la muerte por acción u omisión no cambia el sentido moral de la conducta.

4.13. EL DERECHO DEL ENFERMO EN LA ETAPA TERMINAL DE SU EXISTENCIA

No existe un reconocimiento explícito del derecho a morir dignamente en las principales declaraciones internacionales de Derechos Humanos. Ello se debe, entre otras razones a que es un derecho que ha surgido muy recientemente, como concreción o especificación del derecho a la vida, del derecho a la integridad psicofísica, y su consiguiente derecho a no recibir tratos inhumanos o desagradables, del derecho a la salud y del derecho a la asistencia sanitaria.

El derecho a morir dignamente resulta, en consecuencia, implícitamente reconocido a través del reconocimiento de los siguientes derechos:

4.13.1. EL DERECHO A LA VIDA

Artículo 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos: “Todo individuo tiene derecho a la vida...”

Artículo 1 de la Declaración Americana de Derechos Humanos: “Todo ser humano tiene derecho a la vida...”

Artículo 3.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos: “El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la ley. Nadie

podrá ser privado de la vida arbitrariamente”.

Artículo 4.1 de la Convención Americana de los Derechos Humanos: “Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho está protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente”.

Artículo 2 del Convenio Europeo de Derechos Humanos: “El derecho de toda persona a la vida está protegido por la ley...”

Artículo 2 de la Declaración de los Derechos y Libertades Fundamentales, aprobada por el Parlamento Europeo, en virtud de Resolución de 16 de mayo de 1989: “Todo individuo tiene derecho a la vida...”

4.13.2. EL DERECHO A LA SALUD

Artículo 25.1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar...”

Artículo 11 de la Declaración Americana de Derechos Humanos y Deberes del Hombre: “Toda persona tiene derecho a que su salud se preserve por medidas sanitarias y sociales...”

Artículo 11 de la Carta Social Europea. “Para garantizar el ejercicio efectivo del derecho a la protección de la salud, las Partes Contratantes se comprometen a adoptar, directamente o en cooperación con organizaciones públicas o privadas, medidas adecuadas para entre otros fines: Eliminar en lo posible, las causas de una

salud deficiente. Establecer servicios educacionales y de consultad dirigidos a la mejora de la salud y a estimular el sentido de la responsabilidad individual en lo concerniente a la misma...”

Artículo 11 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. “Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a una mejora continua de las condiciones de existencia...”

Artículo 15 apartados 1, 2 y 3 de la Declaración de los Derechos y Libertades Fundamentales, aprobada por el Parlamento Europeo por Resolución de 16 de Mayo de 1989: “Toda persona tiene derecho a beneficiarse de todas las medidas que les permitan gozar del mejor estado de salud posible”.

“Los trabajadores, los independientes y sus derechohabientes tienen derecho a la seguridad social o a un sistema equivalente”.

“Toda persona que no disponga de recursos suficientes tiene derecho a la ayuda social y médica”.

4.13.3. DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA

Artículo 25.1 de la Declaración Universal de Derechos Humanos: “Toda persona tiene derecho a... la asistencia médica...”

Artículo 11 de la Declaración Americana de Derechos Humanos y Deberes del Hombre: “Toda persona tiene derecho a que su salud preservada por medidas sanitarias y sociales, relativas a la asistencia médica, correspondientes al nivel que permitan los recursos públicos y los de la comunidad”.

Artículo 15 apartados 2 y 3 de la Declaración de los Derechos y Libertades Fundamentales, aprobada por el Parlamento Europeo por Resoluciones de 16 de Mayo de 1989:

“2°. Los trabajadores, los independientes y sus derechohabientes tienen derecho a la seguridad social o a un sistema equivalente”.

“3°. Toda persona que no disponga de recursos suficientes tiene derecho a la seguridad social o a un sistema equivalente”.

4.13.4. EL DERECHO A LA LIBERTAD

El artículo 1 de la Declaración Americana de derechos del Hombre establece que:

“Todo ser humano tiene derecho a...la libertad”

El artículo 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos afirma que: “Todo individuo tiene derecho a la libertad...”

El artículo 5 del Convenio Europeo de Derechos Humanos, de 1950, establece que “Toda persona tiene derecho a la libertad...”

El párrafo 1° del Preámbulo de la Convención suplementaria sobre la abolición de la esclavitud, la trata de esclavos y las instituciones y prácticas análogas a la esclavitud, adoptada el 7 de Septiembre de 1956 por la Conferencia Plenipotenciarios en el seno de las Naciones Unidas, establece que: “la libertad es un derecho innato de todo ser humano...”

El artículo 9 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos establece que : “Todo individuo tiene derecho a la libertad...”

El artículo 7.1 del Pacto de San José de Costa Rica reconoce que: “Toda persona tiene derecho a la libertad...”

El artículo 2 de la Declaración de los Derechos y Libertades Fundamentales, aprobada en virtud de la Resolución del Parlamento Europeo de 16 de Mayo de 1989, establece: “Todo individuo tiene derecho... a la libertad...”

El artículo 6 de la Carta Africana de los derechos del hombre y de los pueblos, de 1981 establece: “Todo individuo tiene derecho a la libertad... de su persona...”

4.13.5. EL DERECHO A LA SEGURIDAD PERSONAL

Artículo 1 de la Declaración Americana de Derechos del Hombre: “Todo ser humano tiene derecho a... la seguridad de su persona”.

Artículo 3° de la Declaración Universal de Derechos Humanos: “Todo individuo tiene derecho a... la seguridad personal”.

Artículo 5.1 de la Convención Europea de Derechos Humanos: “toda persona tiene derecho a... la seguridad...”

Artículo 7.1 de la Declaración de las Naciones Unidas sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial, proclamada por la Asamblea general de las Naciones Unidas el 20 de Noviembre de 1963: “... Toda persona, sin distinción por motivo de raza, de color o de origen étnico, tiene derecho a la seguridad personal y a la protección del estado contra todo acto de violencia o atentado contra su integridad personal cometido por funcionarios públicos, o por cualquier individuo, grupo o institución”.

Artículo

5letrab)de la Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial, del 1965: “...Los Estados Partes se comprometen... a garantizar el derecho de toda persona...”

b) El derecho a la seguridad personal y a la protección del estado contra todo acto de violencia o atentado contra la integridad personal cometido por funcionarios públicos o por cualquier individuo, grupo o institución”

Artículo 7 del Pacto de San José de Costa Rica: “Toda persona tiene derecho a la libertad y a la seguridad personales”.

Artículo 2 de la Declaración de los derechos y Libertades Fundamentales, aprobada por el parlamento Europeo en virtud de Resolución de 16 de mayo de 1989: “Todo individuo tiene derecho a... la seguridad de su persona”.

Artículo 6 de la Carta Africana de los derechos del hombre y de los Pueblos, de 1981: “Todo individuo tiene derecho a la libertad y a la seguridad de su persona”.

4.13.6. EL DERECHO A LA INTEGRIDAD PSICO-FISICA Y DE LA CONSIGUIENTE PROHIBICION DE TRATOS CRUELES, INHUMANOS O DEGRADANTES

Artículo 5 de la Declaración Universal de Derechos Humanos. “Nadie será sometido a... tratos crueles, inhumanos o degradantes”.

Artículo 3 del Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las libertades Fundamentales: “Nadie podrá ser sometido a... tratos inhumanos o degradantes”.

Artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos: “Nadie será

sometido a... tratos crueles, inhumanos o degradantes”.

Artículo 5 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos: Derecho a la integridad personal: “Toda persona tiene derecho a que se respete su integridad física, psíquica y moral”. “Nadie debe ser sometido a... tratos crueles, inhumanos o degradantes...”

Artículo 16 de la Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes de 1984: “Todo Estado parte se comprometerá a prohibir en cualquier territorio bajo su jurisdicción otros actos que constituyan tratos... crueles, inhumanos o degradantes...”

*“Sólo vive quien dialoga con la muerte. Sólo camina sobre su vida quien habla de frente con su enfermedad Fui persona muchos años, ahora soy dolor y pena.
Basta. Me despido.
Las flores se hanido. Sólo vive quien dialoga con su muerte”.*
Arnoldo Kraus

CAPITULO QUINTO

LA NECESIDAD DE LEGISLAR Y REGULAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LA EUTANASIA ACTIVA COMO EL DERECHO QUE POSEE EL INDIVIDUO A UNA MUERTE DIGNA EN EL DERECHO PENAL MEXICANO.

5.1. EUTANASIA EN MÉXICO: UN PROCESO INCONCLUSO

Al largo de la presente hemos realizado un recorrido que va del particular a lo general, que nos brinda elementos para comprender qué es la eutanasia, cuáles han sido las características que la conforman, cuáles son los problemas que genera

y cuáles sus beneficios.

El hecho de que existan países en los cuales la eutanasia ha sido legalizada nos permite enfrentar nos a un fenómeno concreto y actual que es objeto de estudio internacional pero sobre todo a un ejemplo práctico para nuestro país.

En México la eutanasia no es una realidad y la posibilidad de que lo sea parece aún estar lejos; ya sea por los supuestos valores de ética y moral que desde pequeños se nos han inculcado, la falta de información, la indiferencia y desapego con el dolor ajeno o simplemente la falta de interés por parte de nuestra sociedad. Sin embargo, aunque tardíamente, los factores externos internacionales han influido en nuestra sociedad provocando su constante revisión y una búsqueda de elementos para solventar de alguna manera el sufrimiento por el que pasan muchos enfermos.

De la ausencia de asociaciones que discutan y presionen para la concreción de la eutanasia, resulta que no se tome como un problema serio de interés nacional y que no se exija una solución para que si no se consigue legalizarla al menos se definan otras formas de solucionar las condiciones precarias por las que pasan los enfermos. Es decir para que se generen las condiciones adecuadas para que se presente como un proyecto formal que resuelva la condición del enfermo.

Sin embargo, en México se ha dado un paso fundamental que ha sido considerar el tema de la muerte y la enfermedad, como una responsabilidad de todos, asumir que a todos nos perjudica que los enfermos sean víctimas de negligencia y maltrato es indispensable para tratar de solucionar el problema. Como resultado de ello el "Programa de voluntad anticipada" ha sido un gran paso, no obstante, aún no es suficiente.

A continuación se presentará una reseña de los acontecimientos en México por medio de un seguimiento hemerográfico-cronológico del desarrollo de la discusión, de los factores que han influido y que aún continúan discutiéndose.

5.1.1. BREVE RESEÑA DE LOS ANTECEDENTES EN MÉXICO

En el año 2007 el tema de la eutanasia adquiere efervescencia en la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, se trata de un suceso singular debido a que es en el Congreso donde surge la iniciativa de ley de la ortanasia mejor conocida como eutanasia pasiva, en lugar de ser un movimiento construido por la ciudadanía, como ha sucedido en otros países donde las movilizaciones buscaban en principio cambiar la percepción de la cultura de la muerte en favor del derecho a decidir sobre el propio cuerpo, todo ello con miras a la visibilización del problema y legalización de la eutanasia.

Después de realizada dicha propuesta, el episcopado mexicano en conferencia del 10 de febrero del mismo año “ratificas urechazo a la eutanasia, porque considera que no es posible intervenir para la muerte de nadie, aún en situaciones de dolores extremos”;¹⁹⁹ Así mismo, recordaron la postura del papa Benedicto XVI, quien pidió a la Iglesia católica pugnar por estrategias que permitan a las personas resistir las enfermedades incurables y enfrentarse a la muerte con dignidad.

Por su parte, el 3 de abril de 2007, el PRD a través del senador Lázaro Mazón Alonso informa que “el 12 de abril se presentará una iniciativa referente a la

¹⁹⁹ Juan Balboa, “Refrenda el CEM su condena a la eutanasia” [en línea] portal La Jornada, sección Sociedad y Justicia, 10 de febrero de 2007, <http://www.jornada.unam.mx/2007/02/10/index.php?section=sociedad&article=039n4soc> [última consulta 9 de julio de 2015].

terminación voluntaria, en la cual se supone la cancelación de todo medicamento que intente contrarrestar la enfermedad terminal del paciente”.²⁰⁰

Así mismo, menciona que la iniciativa contiene 107 artículos, para reformar el artículo 312 del Código Penal Federal y para fundamentar que cualquier persona que brinde ayuda o induzca al suicidio será castigado con una pena

de uno a cinco años de prisión, mientras que si esa ayuda procura la ejecución de la muerte, la pena continuaría siendo de cuatro a doce años, excepto en el caso en el que fuera un profesional de la salud quien actuando conforme a la ley de terminación de tratamiento curativo la aplique, lo que significaría que quedaría exento de condena; finalmente menciona que esta nueva normatividad sólo podría ser aplicada por los servicios de salud públicos, y las instancias privadas tendrían que trasladar a los pacientes terminales a los hospitales del Estado o al Comité de Bioética Médica.

El 20 de junio de 2007 se publica otro artículo en el periódico La Jornada donde se informa que en México “la constitución garantiza que todo ciudadano puede disponer de su persona y propiedad después de los 18 años y cualquier decisión que asuma en pleno uso de sus facultades debe ser respetada”.²⁰¹ Esto significaría, según los expertos en materia jurídica, que no existe obstáculo alguno para que se acepte la ley de voluntad anticipada o lo que conocemos como eutanasia pasiva.

²⁰⁰Victor Ballinas, “Anuncia PRD iniciativa para regular eutanasia” [en línea] portal La Jornada, sección Sociedad y Justicia, 3 de abril de 2007, <http://www.jornada.unam.mx/2007/04/03/index.php?section=sociedad&article=037n2soc> [última consulta 15 de julio de 2015].

²⁰¹Laura Poy Solano, “Expertos: no hay trabas jurídicas para aprobar la eutanasia” [en línea] portal La Jornada, sección Capital, 20 de junio de 2007, <http://www.jornada.unam.mx/2007/06/20/index.php?section=capital&article=044n2cap> [última consulta 15 de junio de 2015].

Entre los ponentes se encontraba Elisur Arteaga Nava, catedrático de la Universidad Autónoma Metropolitana, quien mencionó, entre otras cosas, que el derecho a morir indignamente es totalmente válido, mientras que Agustín Pérez Carrillo, catedrático del departamento de derecho de la UAM, dijo que se ha podido observar que son los más intransigentes quienes no aceptan el diálogo que ya se ha realizado en otros países.

El 25 de junio de 2007, el Cardenal Norberto Rivera, en su sermón dominical en la Catedral de México, afirmó que:

“se encuentra en contra de la iniciativa de la voluntad anticipada propuesta por la izquierda, ya que es una propuesta confusa y que en el país en lugar de tratar de resolver problemas relativos a la moral, deberían estar trabajando en resolver las necesidades sociales”.²⁰²

Opinó que esta propuesta es una trampa para la sociedad por que introducía la eutanasia pasiva en el país, lo cual es una forma de institucionalizar la muerte de enfermos, discapacitados, ancianos e inclusive de indigentes. Asimismo, afirmó que todos los extremos son malos y el hecho de retirar medios extraordinarios no tiene relación con lo que se conoce como eutanasia, pero la aplicación de hidratación, nutrición y respiración, son derechos de todo ser humano, por lo que no deben ser retirados pues sería el principio de la eutanasia.

En este contexto, los diputados perredistas del Distrito Federal, Sergio Cedillo, Juan Carlos Beltrán, Víctor Hugo Círiga, Enrique Pérez Corrae e Isaías Villa, dieron a conocer en conferencia de prensa del 28 de junio de

²⁰²Gabriel León y Raúl Ilanos, “Rechaza Rivera la iniciativa de la izquierda sobre eutanasia pasiva” [en línea] portal La Jornada, sección Capital, 25 de junio de 2007, <http://www.jornada.unam.mx/2007/06/25/index.php?section=capital&article=037n1cap> [última consulta 30 de mayo de 2015].

2007 la iniciativa de ley de voluntad anticipada. Según Carlos Beltrán, los argumentos establecidos para la iniciativa fueron que:

“no se puede imponer la sobrevivencia contra la voluntad de quienes han visto disminuida su calidad de vida por enfermedad terminal y dolores intolerables cuando con el tratamiento lo único que se obtiene es prolongar la agonía, por lo que el deber de la sociedad es el de facilitar la muerte digna y sin dolor”.²⁰³

Igualmente, mencionan que la aplicación de la norma se podría llevar a cabo tanto en hospitales públicos como en privados en la ciudad y que esta medida podría ser aplicada mediante tratamientos paliativos y el uso de sedación terminal controlada, así como el menor uso de medidas extraordinarias que alarguen la vida del enfermo y, por supuesto, que dicha ley podría ser un trámite revocable por quien lo suscriba, lo que significa que el enfermo puede decidir libremente si desea o no donar alguno o todos sus órganos para trasplante y cambiar de opinión si así lo desea en cualquier momento. Finalmente, para ello se propone la creación en la ciudad de México de la Coordinación Especial de Procuración de Donación de Órganos y Trasplantes.

El 12 de agosto de 2007, el periódico La Jornada publicó una nota titulada “Comunidad médica, otro escollo en la aprobación de la eutanasia”²⁰⁴ escrita por Mariana Norandi, donde el subprocurador de Procesos y Mandamientos Jurídicos de la Procuraduría General de Justicia del DF (PGJDF), comenta que en la actualidad una parte importante de la población exige la legalización de la

²⁰³ Raúl Llanos Samaniego, “Legisladores dan a conocer una iniciativa sobre eutanasia pasiva” [en línea] portal La Jornada, sección Capital, 18 de junio de 2007, <http://www.jornada.unam.mx/2007/06/18/index.php?section=capital&article=040n1cap> [última consulta 11 de octubre de 2014].

²⁰⁴ Mariana Norandi, “Comunidad médica, otro escollo en la aprobación de la eutanasia” [en línea] portal La Jornada, sección Sociedad y Justicia, 12 de agosto de 2007, <http://www.jornada.unam.mx/2007/08/12/index.php?section=sociedad&article=032n1soc> [última consulta 5 de noviembre de 2014].

eutanasia pasiva e indirecta y sustenta que este hecho no es un acto de homicidio doloso, dado que es realizado bajo estricto consentimiento tácito y expreso del enfermo y que quien lo lleva a cabo es para causar alivio. La eutanasia que se pretendía legalizar en la ciudad de México era eutanasia pasiva, refiriéndonos con ello a la omisión de acciones extraordinarias e innecesarias encaminadas a mantener la vida del enfermo, cuando se está en el conocimiento de que no va a recuperarse; esta estrategia impone que se deje pasar el proceso natural de la enfermedad con los cuidados paliativos y que el paciente pueda ser un posible donador de órganos si así lo desea.

La propuesta que se realizó para modificar el artículo 127 de la ley del Código Penal del DF es la de añadir las palabras directas y activas con lo que, al realizarse la eutanasia pasiva o indirecta, quedarán excluidas de cualquier penalización, siempre que se apor medio de la realización de un testamento vital, documento que en México no había sido considerado hasta el 2007.

5.1.2. LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA

Después de un año de discusión, la Asamblea Legislativa aprobó la ley de la voluntad anticipada en el Distrito Federal el 7 de enero de 2008 y con ello se crea el marco jurídico apropiado para que un enfermo terminal no esté obligado a recibir atención médica que no desea y tenga la opción de pasar los últimos días de su vida en casa con cuidados paliativos. Esta normativa— que hoy en día es vigente— se aplica tanto en hospitales privados como públicos y se explica detalladamente para que la legislación no sea confundida con eutanasia, ya que su nombre correcto es ortanasia y sólo será aplicada cuando la medicina ya no pueda cumplir con el objetivo de curar al paciente y él lo solicite.

La aprobación de la ley obliga al sector salud a crear una serie de programas que permitan la aplicación de la ley y den el soporte necesario para responder a las necesidades del tratamiento de cuidados paliativos, con un equipo interdisciplinario que cuente con apoyo psicológico, social y espiritual tanto para el enfermo como para los familiares; con la participación de médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogos, tanatólogos, fisioterapeutas y el uso de medicamentos gratuitos del cuadro básico, y si la familia lo requiere, un guía espiritual. Además, la iniciativa de ley contempla si el paciente desea ser donador de alguno o la totalidad de sus órganos a través del mismo documento de voluntad anticipada.

El procedimiento de ortanasia no será obligatorio pero sí será un derecho para todo capitalino que desee solicitarlo, aplicable a cualquier edad, desde la infancia hasta la vejez. Cabe mencionar que en los casos de menores de edad podrán solicitarla pero serán los padres quienes tomen la decisión. El procedimiento se debe realizar ante un notario público, para lo cual no se requiere estar en estado terminal, dicho trámite también puede ser realizado en la red de hospitales del DF y de ser así no tiene ningún costo.

La ley expedida por la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, el 7 de julio de 2008, presenta la normatividad referente a la aplicación de la ley de voluntad anticipada para el Distrito Federal, fundamentada en el artículo 122 del Código Penal, cuyos puntos relevantes son los siguientes:

*El médico tratante se limitará a cumplir con las disposiciones establecidas en el Documento o formato de Voluntad Anticipada, sin acelerar o provocar la muerte del enfermo en etapa terminal.

*Los pacientes con diagnóstico de enfermo en etapa terminal, tienen derecho a una atención médica de calidad científica y humana, en la que se empleen los recursos de la ciencia médica y la tecnología, en cuidados paliativos.

*El médico deberá otorgar un informe por escrito, si lo solicitan, sobre el diagnóstico, pronóstico y plan de manejo médico de la Voluntad Anticipada.

*El paciente podrá recibir, si lo solicita, el diagnóstico, pronóstico y plan de manejo médico de la Voluntad Anticipada.

*Brindarle facilidades para cambiar de Institución.

*Proporcionar información para confirmar el diagnóstico al médico con el que se le traslade.

*No se divulgará datos respecto a los motivos de adquisición de la enfermedad.

*Informar a la Coordinación Especializada la falta de condiciones para brindar tratamiento de cuidados paliativos.

*El médico informará su decisión al enfermo en etapa terminal en un plazo no mayor a 24 horas.

Las disposiciones se establecen en la *Gaceta Oficial*²⁰⁵ del 4 de abril de 2008, en sus 40 artículos y tres transitorios, se establece que la ley de orden público e interés social, que tiene por objeto establecer y regular las normas, requisitos y formas de realización de la voluntad anticipada de cualquier persona con capacidad de ejercicio, respecto a la negativa a someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona, cuando por razones médicas, fortuitas o de fuerza mayor, sea imposible mantener su vida de manera natural.

²⁰⁵ Órgano del gobierno del Distrito Federal. "Decreto por el que se expide el reglamento de la ley de la voluntad anticipada para el Distrito Federal" [en línea] *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, 4 de abril de 2008, http://www.paot.org.mx/centro/leyes/df/pdf/GODF/GODF_04_04_2008.pdf [última consulta 9 de mayo de 2015].

El documento de Voluntad Anticipada consiste en un documento público suscrito ante Notario, en el que cualquier persona con capacidad de ejercicio y en pleno uso de sus facultades mentales, manifiesta la petición libre, consciente, seria, inequívoca y reiterada de no someterse a tratamientos y/o procedimientos médicos que lo hagan víctima de la obstinación médica, dichos tratamientos excluyen las medidas básicas ordinarias para mantener la vida del enfermo.

Refiriéndonos con medidas mínimas, básicas u ordinarias al hecho de mantener la hidratación, higiene, oxigenación, nutrición y/o curaciones del paciente en etapa terminal, según lo determine el personal de salud correspondiente. No darle al enfermo dicha atención implicaría que el médico está cayendo en una acción ilícita por aplicar la eutanasia pasiva.

Podrá suscribirse cualquier persona con capacidad de ejercicio, cualquier enfermo en etapa terminal, médicamente diagnosticado, los familiares y personas señaladas, cuando el enfermo terminal se encuentre de manera inequívoca impedido para manifestar por sí mismo su voluntad y los padres o tutores del enfermo terminal cuando éste sea menor de edad o incapaz legalmente declarado.

Para los efectos del párrafo anterior se incluirán los Cuidados Paliativos, las Medidas Mínimas Ordinarias, la Sedación Controlada y el tratamiento Tanatológico que el personal de salud correspondiente determine.

El personal de salud en ningún momento y bajo ninguna circunstancia podrá suministrar medicamentos o tratamientos médicos que provoquen de manera intencional el deceso del enfermo en etapa terminal.

La Secretaría de Salud del Distrito Federal cuenta con los siguientes datos estadísticos* en materia de Voluntad Anticipada, de documentos suscritos ante notario del 15 de Febrero de 2008 al 29 de Marzo del 2012. Cabe mencionar que estas cifras se incrementan día con día, ya que las suscripciones de los documentos está en constante aumento. De este modo El pasado 28 de febrero de 2013, tuvo verificativo la firma de documentos de voluntad anticipada por parte de importantes personalidades del ámbito público y privado de la ciudad, con el único fin de continuar con la promoción de esta novedosa figura y buscando su impacto masivo en la ciudad, reflejando el interés del Colegio de Notarios, de que un importante sector de la sociedad, conozca los alcances del documento de voluntad anticipada. Como se muestra en los cuadros 1 y 2:

Cuadro 1

Personas suscritas al programa de Voluntad Anticipada ordenado por edades

Edad	Número de personas
18 a 30 años	15
31 a 40 años	57
41 a 50 años	160
51 a 60 años	349
61 a 70 años	574
71 a 80 años	462
81 a 90 años	191
91 años y mas	13
No específico	1
Total	1822

Fuente: Colegio de Notarios del Distrito Federal.²⁰⁶

Cuadro 2

Personas suscritas al programa de Voluntad Anticipada ordenado por sexo

Sexo	Número de personas
Masculino	634
Femenino	1188
Total	1682

Fuente Colegio de notarios del Distrito Federal.²⁰⁷

El periódico *El Universal* proporcionó el informe del número de inscritos al programa Voluntades Anticipadas desglosado en relación al estado civil de los suscritos y a su interés de realizar la donación de alguno o algunos de sus órganos esto a partir de su entrada en vigor el 7 de enero de 2008 y hasta el 13 de mayo de 2010, mediante la cual haciendo un comparativo con la información reciente podemos apreciar un notable incremento

Los datos fueron proporcionados por notario público y a través de los registros hospitalarios de las distintas clínicas de la Secretaría de Salud Pública del Distrito Federal (SSPDF), donde se realiza la inscripción al programa, como se muestra en los cuadros 3 y 4.

Cuadro 3

Personas suscritas al programa de Voluntad Anticipada ordenado Estado Civil año 2010

²⁰⁶ *Voluntad anticipada* [en línea] portal Colegio de Notarios del Distrito Federal, 22 de abril de 2010, <http://www.colegiodenotarios.org.mx/documentos/voluntad.pdf> [última consulta 2 de septiembre de 2015].

²⁰⁷ *Ibid.*

Sexo	Solicitudes	Casados	Solteros Separados Divorciados
Femenino	242	85	157
Masculino	149	100	49
Total	391	185	206

Fuente: Periódico *ElUniversal*.²⁰⁸

Personas suscritas al programa de Voluntad Anticipada ordenado Estado Civil año 2013

Sexo	Solteros	Casados	No específico
Femenino	714	468	6
Masculino	183	441	10
Total	897	909	16

Colegio de Notarios del Distrito Federal.²⁰⁹

Cuadro 4

Registro de personas suscritas al programa de Voluntad Anticipada que suscribe la donación de órganos año 2010

Donadores	No donadores	No especificaron
190	162	34

Fuente: Periódico *ElUniversal*.²¹⁰

²⁰⁸ Berenice Balboa, "Suscriben 391 personas documento de voluntad anticipada" [en línea] portal *El Universal*, sección Distrito Federal, 13 de mayo de 2010, <http://www.eluniversal.com.mx/notas/680151.html> [última consulta 18 de agosto de 2015].

²⁰⁹ *Voluntad anticipada* [en línea] portal Colegio de Notarios del Distrito Federal, 3 de junio de 2013, <http://www.colegiodenotarios.org.mx/documentos/voluntad.pdf> [última consulta 2 de septiembre de 2015].

²¹⁰ Berenice Balboa, "Suscriben 391 personas documento de voluntad anticipada" [en línea] portal *El Universal*, sección Distrito Federal, 13 de mayo de 2010, <http://www.eluniversal.com.mx/notas/680151.html> [última consulta 18 de agosto de 2015].

Registro de personas suscritas al programa de Voluntad Anticipada que suscribe la donación de órganos año 2013

Donadores	No donadores	No especificaron
888	736	198

Fuente: Colegio de Notarios del Distrito Federal.²¹¹

El número de solicitantes que optan por seguir el procedimiento de la voluntad anticipada desde su legalización en 2008 es muy bajo en relación al porcentaje de los fallecimientos sucedidos durante esos años.²¹²

La falta de suscriptores al programa puede tratarse de explicarse por diversas situaciones entre ellas el desconocimiento de la ley de voluntad anticipada por ser un programa relativamente nuevo, por falta de promoción y difusión del derecho u otras causales como la falta de interés del enfermo o de la familia y la desconfianza o simplemente las diversas lagunas inmersas en la misma ley

5.1.3. HECHOS, ALTERNATIVAS Y PERSPECTIVAS

Arnoldo Kraus, especialista en Bioética, responde a una entrevista en el periódico La Jornada en un artículo titulado “La eutanasia, acto complejo que precisa de una gran responsabilidad” en el cual menciona que:

²¹¹ *Voluntad anticipada* [en línea] portal Colegio de Notarios del Distrito Federal, 3 de junio de 2013, <http://www.colegiodenotarios.org.mx/documentos/voluntad.pdf> [última consulta 2 de septiembre de 2015].

²¹² Tomando en cuenta que la mortalidad registrada tan sólo en el Distrito Federal, durante el año 2008 fue de 51,920 muertes en ese año Sistema Nacional de Información en Salud, datos obtenidos de: “Indicadores de Mortalidad” *Indicadores básicos de salud 2000-2008* [en línea] portal SINAIS, sección Morbilidad, http://www.dgis.salud.gob.mx/descargas/pdf/IB_2008.pdf [última consulta 13 de diciembre de 2014].

Desafortunadamente el tema de la eutanasia en México no se conversó debido al desinterés de la Secretaría de Salud, de los médicos, filósofos y abogados y la población en general, asimismo dice que este tema no pertenece al personal especializado, sino a la sociedad, pues la vida y la muerte son un tema universal.²¹³

Es decir, que debiera ser del interés y dominio de todos; sin embargo, señala el autor que mientras no haya presión de la opinión pública este tema no será debatido.

Por su parte, Johannes JM van Delden, médico holandés, menciona en el artículo de La Jornada, “Eutanasia la vuelta de tuerca”,²¹⁴ que hay diferencias fundamentales en el proceso holandés con respecto a la experiencia mexicana. Son tres hechos indispensables los que deben tomarse en cuenta: en primer lugar, que el debate en Holanda inició hace 39 años, en 1973, lo que indica que el proceso requirió de aproximadamente tres décadas para su legalización, mientras que en México el debate lleva tan solo tres años desde su inicio en 2007, lo que evidencia que el asunto mexicano, a pesar de tener el ejemplo Holandés, aún tiene mucho que trabajar; una segunda diferencia nos dice es la moral médica que en Holanda se considera admirable, pues asegura que cumplen con todos los requisitos para su aplicación y que los mismos pacientes se cercioran de que así sea; finalmente, menciona que en Holanda no se tiene que convencer a nadie sobre la eutanasia y mucho menos

²¹³ Arturo Jiménez, “La eutanasia: Acto complejo que precisa de una gran responsabilidad: Kraus” [en línea] portal La Jornada, sección Cultura, (23 de junio de 2007, <http://www.jornada.unam.mx/2007/06/23/index.php?section=cultura&article=a06n1cul> [última consulta 12 de abril de 2015].

²¹⁴ Arnoldo Kraus, “La vuelta de la tuerca III” [en línea] portal La Jornada, sección Política, 28 de febrero de 2007, <http://www.jornada.unam.mx/2007/02/28/index.php?section=politica&article=021a2pol> [última consulta 6 de mayo de 2015].

sugerirla, debido a que los médicos sólo tienen el deber de escuchar a su paciente y ayudarles en su decisión final.

Como lo dijo Delben, en México el fenómeno de la eutanasia requiere generar las condiciones mínimas elementales para que pueda llevarse a cabo de forma correcta, por lo que la aplicación de la ortanasia representa un avance que permitirá sentar las bases y los fundamentos de su legalización.

Un hecho de relevancia en México ocurrió en junio de 2008, en el estado de Aguascalientes y fue publicado en *La Jornada*, en una nota titulada "Pide una mujer eutanasia para su hija hidrocefálica",²¹⁵ donde se trató el caso de una madre que pedía eutanasia activa para su hija con hidrocefalia congénita; ella comentó que los médicos le informaron que la situación de su hija era un problema de salud irreversible, y le dijeron que viviría un máximo de cuatro años; sin embargo, para el momento en que se publicó la nota ya habían pasado ocho años y padecía fuertes dolores, convulsiones y un peso tan sólo de 6 kilos. Por si eso no fuera suficiente no contaba con los recursos económicos para continuar el tratamiento.

Este caso adquirió relevancia debido a que la madre, Georgina Rivera, hizo una petición al gobernador de Aguascalientes, Luis Reynoso Femat, en una conferencia que él ofreció. Así acompañada de la perredista Nora Ruvalcaba, fue la primera mujer que hizo una solicitud de eutanasia en conferencia de prensa. Su petición fue la aplicación de la muerte asistida a su hija en lugar de una vida sin asistencia ya que, los médicos del hospital donde la atendieron la enviaron a su casa.

²¹⁵Claudio Bañuelos. "Pide mujer eutanasia para su hija hidrocefálica" [en línea] portal *La Jornada*, sección Estados, 26 de junio de 2008, <http://www.jornada.unam.mx/2008/06/26/index.php?section=estados&article=035n1est> [última consulta 11 de julio de 2015].

Debido a esta situación, la diputada Nora Ruvalcaba, respondió que presentaría a los perredistas una iniciativa de ley. Como resultado de ello el 11 de marzo de 2009 fue aprobada dicha iniciativa y Aguascalientes se convirtió en el primer Estado después del DF en legislar en materia de voluntad anticipada.

En contraparte a la petición que planteó la diputada Ruvalcaba, el Consejo Nacional de Bioética (CNB), en una nota del diario *La Jornada* expone: "Arriesgado, aprobar la eutanasia en un país de pobres, como México", y señala que la eutanasia debe discutirse bajo principios laicos y para casos específicos con el objetivo de preservar la dignidad del individuo.

Por su parte, Fernando Cano Valle, director del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), advirtió en 2007 que:

Que los servicios de salud aún no han llegado a los municipios más empobrecidos, y su carencia limita la toma de decisión, añadió, que el analfabetismo y la desinformación en estas comunidades es un factor importante que entorpece la legalización de la eutanasia, debido a que estos factores están relacionados directamente con el ejercicio de autonomía de las personas.²¹⁶

Por lo que antes de implementar nuevas normas es necesario subsanar las necesidades de esta población, mejorar y ampliar el tratamiento en cuidados paliativos. Y afirmó también que las prácticas clandestinas de eutanasia hoy en día en México son una realidad, lo cual se debe a la amplitud de resolución que

²¹⁶Ángeles Cruz Martínez, "Arriesgado, aprobar la eutanasia en un país de pobres, como México" [en línea] portal *La Jornada*, sección Sociedad y Justicia, 8 de febrero de 2007, <http://www.jornada.unam.mx/2007/02/08/index.php?section=sociedad&article=043n1soc> [última consulta 24 de agosto de 2015].

existe principalmente en el ámbito privado.

No obstante, la cronología del debate y sus resultados iniciaron en 2007 para el 27 de junio del mismo año se publicó una nota titulada, “Debate sobre la eutanasia, una nueva oportunidad” que exponía cómo -ante la propuesta presentada por los legisladores sobre la ley de voluntad anticipada y la eutanasia- el Cardenal Norberto Rivera no asumió una postura clara y su discurso no correspondía a los postulados generales de la misma Iglesia, al señalar que: “si bien la Iglesia no puede permitir la eutanasia, entendida ésta como suicidio asistido, todo cristiano puede hacer lo que manifiesta su postura en contra del encarnizamiento terapéutico, y de la eutanasia, por lo que no desea ningún de estos extremos sino que el agente sufra”.²¹⁷

El cardenal mencionó estar a favor de la ortanasia o muerte natural, y del derecho a morir dignamente. Sin embargo, dos días antes, él mismo había opinado en contra de la iniciativa de ley propuesta por los legisladores. Al parecer la Iglesia católica no quería caer en el penoso caso en el que cayó con la despenalización del aborto, cuando anunció que “excomulgaría” a quien llevase a cabo la interrupción legal del embarazo.

En la misma nota Bernardo Barranco V., mencionó que la sociedad está cambiando consistentemente su forma de pensar, por lo que es indispensable fortalecer las transformaciones con base en un pensamiento laico, que evite la fragmentación y la confrontación banal. Por otro lado, afirmó que la laicidad en México es la fórmula de la convivencia, por lo que el debate de la eutanasia debe tratarse desde la consideración de las “libertades democráticas” para garantizar la tolerancia, la libertad de credos y los derechos. Además, hace una

²¹⁷Bernardo Barranco V., “Debate sobre la eutanasia, una nueva oportunidad” [en línea] portal *La Jornada*, sección Opinión, 27 de junio de 2007, <http://www.jornada.unam.mx/2007/06/27/index.php?section=opinion&article=021a2pol> [última consulta 13 de agosto de 2015].

crítica a la iglesia católica por no concentrar un discurso incluyente y por asumir una postura que ignora las diferentes culturas y cultos, e incluso por omitir que al interior del mismo credo existen diversas posturas.

Por su parte, el Partido Revolucionario Institucional, en el mes de noviembre de 2009, realizó una propuesta de ley en la Asamblea Legislativa para la legalización de la eutanasia activa que, básicamente, consistía en la posibilidad de que un médico finalice la vida de un paciente terminal si hay un documento de voluntad anticipada que lo estipule. Antedicho pronunciamiento, el 18 de noviembre de 2009, en una entrevista en *W Radio*,²¹⁸ el Lic. Marcelo Ebrard Casaubón, Jefe de Gobierno del Distrito Federal, se pronunció a favor de dicha iniciativa de ley que se establece dentro del marco de la libertad para decidir de las personas, pero aclaró que él sólo podría apoyar dicha iniciativa pero ya que la decisión correspondería a los diputados. Sin embargo, el Lic. Armando Ahued, Secretario de Salud del Distrito Federal, se pronunció en contra debido a que sería un problema ético difícil de resolver entre los médicos, además de mencionar que la ley de voluntad anticipada, junto con los cuidados paliativos, son suficientes para corregir y mejorar la condición del enfermo terminal.

Un hecho fundamental para la aprobación de la eutanasia era conocer la opinión de la ciudadanía por lo que el Colegio de México (COLMEX) realizó una encuesta con el siguiente cuestionamiento:

Cuando una persona tiene una enfermedad que no se puede curar, ¿usted consideraría que los doctores deberían tener el derecho legal o no de determinar con la vida si así lo quieren el paciente y su familia?

²¹⁸Yadira Rodríguez, "Ebrard a favor de la eutanasia en el DF" [en línea] portal *W radio*, 18 de noviembre de 2009, <http://www.wradio.com.mx/nota.aspx?id=911722> [última consulta 15 de agosto de 2015].

Seis de cada 10 mexicanos respondieron afirmativamente. En la capital sólo 27% respondió de manera negativa, mientras que en el resto de México la mitad de los habitantes manifestó su acuerdo.²¹⁹

Esta muestra fue levantada con población abierta, por lo que no haceninguna distinción ideológica, cultural o económica. Sin embargo, y a pesar de que la población se encuentra mayoritariamente de acuerdo con la legalización de la eutanasia activa -como demuestran los resultados estadísticos arriba proporcionados- la ley que pretende aprobar la eutanasia activa no puede ser aprobada debido a que se contraponen a las leyes federales, según informó la presidenta de la Comisión de Salud de la Asamblea Legislativa, Maricela Contreras.

El 31 de diciembre de 2009 en el diario *Criterio*²²⁰ se informó que en el artículo 166 Bis de la Ley General de Salud se encuentra tipificado el delito de homicidio por piedad y se prohíbe de manera expresa la práctica de la eutanasia activa y el suicidio asistido, por lo que los legisladores federales primero tendrían que modificarla.

Como resultado de ello, los asambleístas del Partido Revolucionario Institucional llamaron a la Cámara de Diputados a que con sumatoria legislativa promovieran los cambios necesarios para eliminar los obstáculos que impiden la eutanasia. En esa ocasión, los diputados del Partido de la Revolución Democrática y el Partido Acción Nacional se mostraron en contra de la propuesta, ya que significaría un retroceso a la Ley de Voluntades Anticipadas, misma que -en su opinión- funcionaba adecuadamente.

²¹⁹ *Eutanasia: hacia una muerte digna* [en línea] portal Foro Consultivo Científico y Tecnológico, 2008, p. 113, http://www.foroconsultivo.org.mx/libros_editados/eutanasia.pdf [última consulta 5 de diciembre de 2014].

²²⁰ Olivia Cabrera. "Leyes federales frenan la eutanasia en el Distrito Federal" [en línea] portal *Criterio*, sección portada, 31 de diciembre de 2009, <http://www.criteriohidalgo.com/notas.asp?id=1572> [última consulta 23 de agosto de 2015].

Debido a lo anterior, el miércoles 3 de febrero de 2010, en los registros de Comunicación Social²²¹ del Gobierno del Distrito Federal, los diputados del Partido de la Revolución Democrática echan atrás la iniciativa de ley, propuesta por el Partido Revolucionario Institucional, confirmando como no viable su aprobación, al menos mientras no se realicen las reformas a la Ley General de Salud Federal, no obstante para ellos se requiere una mayoría a favor de las mismas.

Por otro lado, en el diario *Milenio* el 8 de marzo de 2010²²² se presenta una nota donde médicos especialistas muestran su postura respecto al problema de la eutanasia, haciendo una solicitud al Congreso donde se les solicita que se aprueben los cuidados paliativos, la atención tanatológica a niños, y que se despenalice la muerte asistida en los casos donde la medicina paliativa no surte efecto.

Ruy Pérez Tamayo, investigador biomédico, señaló que la eutanasia activa debe despenalizarse que es un apena que hay grupos de poder fosilizados que no permiten cambios en la estructura conservadora del país. Que la voluntad anticipada no resuelve el problema pues muchos pacientes llegan al punto de no poder ser tratados porque los medicamentos paliativos no les quitan ni el dolor ni los padecimientos.

En la misma nota Arnoldo Kraus, junto con Asunción Álvarez consideraron “palabrería” los argumentos contra la eutanasia y afirmaron que es malo

²²¹Síntesis ejecutiva. No pasa iniciativa para aprobar la eutanasia” [en línea] portal *Comunicación Social*, 3 de febrero de 2010, http://www.comsoc.df.gob.mx/sintesis/arch_sintesis/docs/03022010m.doc [última consulta 9 de junio de 2015].

²²²Blanca Valadez, “Especialistas a favor de la eutanasia” [en línea] portal *Milenio*, sección Tendencias, 8 de marzo de 2010, <http://www.milenio.com/cdb/doc/noticias2011/562a77fdb11ec7137554a9298b5fe625> [última consulta 15 de agosto de 2015].

permitir que un paciente sufra interminablemente dolores físicos severos, o síntomas como la asfixia progresiva y la desintegración mental (en el caso de las personas con Alzheimer) mencionan que es normal que pacientes en estado terminal se encuentren deprimidos, pero que deben ser tratados independientemente de que el suicidio asistido o la eutanasia sean la única opción para evitar el dolor del enfermo terminal, pues es conocido que el estado de sedación no siempre es el óptimo para un paciente, ni el más deseado y que además del dolor existe un sentimiento de angustia que no puede tratarse médicamente. Krause expuso:

El rechazo a la despenalización de la eutanasia no se hace con base en razones médicas, que ninguna moral racional puede prohibir la terminación de la vida si ha sido ensombrecida por una enfermedad horrible para la que son inútiles los remedios y medidas disponibles. Es cruel y bárbaro mantener con vida a una persona en contra de su voluntad. Asimismo menciona que el sufrimiento inútil es un mal que debe evitarse en las sociedades civilizadas.²²³

Asimismo Armando Garduño Espinosa, director de la Unidad de Cuidados Paliativos del Instituto de Previsión Social (IPS), comentó que, de los 750 niños que han sido atendidos, el 20% se encuentra en estado vegetativo y menciona que hay niños con cáncer que han recibido asistencia en casa para la aplicación de analgésicos, pero que no pueden ser tocados debido a los dolores intensos que ello les provoca, por lo que considera que se debe impulsar la iniciativa de la eutanasia activa ya que mantener el sufrimiento es un acto de crueldad.

Finalmente, el 9 de marzo de 2010 el noticiero *Aragón México*²²⁴ presentó un

²²³ *Idem*

²²⁴ Asamblea legislativa, "Aprobar legalmente la eutanasia" [en línea] portal *Argon México*, sección ALDF, 09 de marzo de 2010,

consenso en el que participan especialistas, legisladores y abogados que concluyen que se debe implementar la eutanasia activa en el Distrito Federal; según los especialistas, ésta es una necesidad, y para los parlamentarios la voluntad de un paciente terminal debe estar por encima de cualquier consideración.

Haciendo un resumen del estado del problema: La eutanasia en México comienza a discutirse en 2007 y como resultado de ello se implementa la ley de las Voluntades Anticipadas con la cual se considera resuelto el problema para los enfermos terminales. La opinión científica se hace notar y la generación de foros y congresos relacionados con el tema empieza a fomentarse como una necesidad para resolver la situación en el ámbito nacional; la población en general, según las encuestas realizadas, muestra una postura mayoritaria a favor, sin embargo, la legislación sobre la eutanasia activa no puede ser normada debido a diversos factores tanto socioculturales, éticos, legales y desde luego económicos.

Un factor importante que impide su legalización es la pobreza y el bajo presupuesto que se destina al Sector Salud lo que dificulta la posibilidad de crear un escenario apropiado para que el enfermo pueda hacer valer su derecho.

Adicionalmente otras problemáticas que se presentan son: la ausencia de sistemas reguladores de los diversos programas y proyectos instaurados en el país pues en muchos casos se percibe la falta de ética de médicos (que laboran al servicio de instituciones estatales como el ISSSTE y el IMSS) que no ofrecen la calidad, el profesionalismo, humanismo, la calidez e indiferencia que merece el paciente; asimismo las formas burocráticas de trabajo y la falta de estabilidad de los recursos, tanto humanos como materiales y económicos, son algunos de los

http://www.argonmexico.com/index.php?option=com_content&view=article&id=1117:aprobacion-legalmente-la-eutanasia&catid=84:aldf&Itemid=303 [última consulta 8 de agosto de 2015].

problemas que se tienen que resolver. Por lo tanto el Sector Salud del Distrito Federal, hoy por hoy pese a sus importantes avances, sigue por debajo del cumplimiento de los estándares de calidad y atención que debe ofrecer a la sociedad.

El fenómeno de la eutanasia en México tiene muchos puntos que resolver antes de poder llevarse a cabo con condiciones adecuadas y criterios adecuadamente establecidos. La eutanasia activa en México no ha sido aprobada no obstante, continúa debatiéndose, cada vez con mayor interés y en un mayor número de sectores.

Hoy en día, gran parte de la población no cuenta con conocimientos profundos sobre la eutanasia, por lo que es entendida de manera generalizada, de tal forma que cuando se piensa en ella se incluyen sin saber formas de muerte pasivas y activas, eutanasia lenitiva, eucatanasia, distanasia, entre otras, todas ellas con una carga valorativa y un cierto grado de confusión que se hace evidente cuando se habla de este tema y de manera casi automática se piensa en **eutanasia activa**, sin embargo, se puede estar haciendo referencia a un procedimiento distinto.

En una entrevista efectuada por el periódico *La Jornada*, publicada el 23 de junio de 2007, con el título "La eutanasia, acto complejo que precisa de una gran responsabilidad",²²⁵ le preguntaron al médico Arnoldo Kraus, especialista en bioética, si se encontraba a favor de la eutanasia, a lo que respondió que aunque pareciera ridícula su respuesta, no lo sabía y afirmó que este tema resultaba ser muy complejo, por lo que sin conocer la situación específica del enfermo no podía expresarse si estaba de acuerdo con ella o no, por lo que era necesario

²²⁵ Arturo Jiménez, "La eutanasia, acto complejo que precisa de una gran responsabilidad: Kraus" [en línea] portal *La Jornada*, sección Cultura, 23 de junio de 2007, <http://www.jornada.unam.mx/2007/06/23/index.php?section=cultura&article=a06n1cul> [última consulta 12 de agosto de 2014].

conocer con claridad y precisión la condición del solicitante lo que le permitiría tomar una postura al respecto.

La respuesta dada por el especialista y médico Arnoldo Kraus tiene un sentido lógico ya que él responde desde una perspectiva médica que es fundamental puesto que debe examinarse cada caso en particular y a detalle para poder encontrar las condiciones generales del problema y así responder a las condiciones sociales.

Es importante añadir que en la eutanasia no sólo se requiere de un análisis clínico y psicológico, sino también de uno ético, económico y legal, lo que implica una revisión sociológica multidisciplinaria a partir de la cual se pueden generar las condiciones necesarias para comprender el problema y mejorar las condiciones de aquellos que son afectados por enfermedades terminales y poder establecer una normatividad y una posible legalización.

5.2. ¿ES LA EUTANASIA ACTIVA VOLUNTARIA UN DELITO?

A lo largo de este trabajo se ha sostenido una argumentación a favor de la eutanasia activa voluntaria, la cual ha sido justificada con base en tres elementos fundamentales: la teoría de los principios, los fines de la medicina y el principio de la calidad de la vida que deriva del de la santidad.

Al explicar cada uno, no se hizo mención del hecho de que la eutanasia sea o no, un hecho ilícito, pues lo que se buscó era hablar de la eutanasia activa voluntaria como una opción moralmente correcta, lo que si se hizo fue considerar compatible la eutanasia con una concepción de derecho como beneficio, y que su regulación podría estar

justificada en la Ley General de Salud.

La razón por la cual nunca se tocó el aspecto antijurídico de la eutanasia, es porque para el autor de estas líneas, la eutanasia no se considera un delito,

No obstante, el Código Penal Federal, y los restantes 31 Códigos Penales locales, sí consideran la eutanasia como un delito, atenuado, pero no como un delito. Con el objetivo de explicar este asunto y la postura que se ha manifestado, se revisarán los artículos pertinentes del Código Penal Federal que tratan sobre esta cuestión.

En el Título Decimonoveno del Código Penal Federal, referente a los delitos contra

la vida y la integridad corporal, Capítulos dos, se aborda el tema del delito de *homicidio*, el cual es definido de manera muy simple en el artículo 302, como *privar de la vida a otro*. La sanción para quien cometa este delito es de doce a veinticuatro años de prisión según lo establecido por el artículo 307 del ordenamiento legal en mención, por lo que se considera un delito grave.²²⁶ En el caso de auxilio al suicidio la pena es atenuada, no se considera un delito grave, pues el término medio aritmético no excede de los cinco años, con esto se logra obtener la libertad bajo caución, la sustitución de la pena y el procedimiento que se lleve a cabo sería sumario. No así en el caso del homicidio consentido, que con base en el mínimo y el máximo de la pena, el delito se considera grave. Ahora bien, este delito contempla situaciones que aumentan o disminuyen la pena según circunstancias concretas o especiales. Una de ellas es la contenida en el artículo 312, la cual establece que “el que prestare auxilio o indujere a otro para que se

²²⁶Se considera delito grave aquél cuyo término medio aritmético excede de cinco años. El término medio aritmético es el cociente que se obtiene de sumar la pena mínima y la máxima del delito de que se trate y se divide entre dos. En este caso sería: $12 + 24 = 36 / 2 = 18$, por eso se dice que es delito grave.

suicide, será castigado con la pena de *uno a cinco años de prisión*; si se lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, la prisión será de *cuatro a doce años*". Lo anterior no puede concebirse ni catalogarse como eutanasia, pues le hacen falta los elementos que componen esta definición, es decir, el concepto de homicidio consentido no contempla que sea un médico el que realice la asistencia en la muerte, ni tampoco se manifiesta que el sujeto pasivo haya tenido alguna enfermedad terminal. No obstante, se analizará este concepto por ser el que la propia Ley General de Salud toma en cuenta para prohibir la eutanasia.

Este artículo, como bien lo hace notar la maestra Griselda Amuchategui, contempla dos tipos de delitos: la participación en el suicidio y el homicidio consentido.²²⁷

En cuanto al *homicidio consentido*, la autora lo define como **"aquel en el que el sujeto pasivo ha otorgado su consentimiento para ser privado de la vida"**²²⁸ El consentimiento es la característica principal que evita que una conducta se configure en delito, en este sentido, el artículo 15 del Código Penal Federal, fracción tercera establece la *exclusión del delito*, cuando se actúe con el consentimiento del titular del bien jurídico afectado, cumpliendo los siguientes requisitos:

Que el bien jurídico sea disponible;

Que el titular del bien tenga la capacidad jurídica para disponer libremente del mismo; y

²²⁷ Amuchategui Requena, Griselda, *Derecho penal*, 4ta. ed., México, Oxford University Press, 2012, pp. 158-193.

²²⁸ *Ibidem*, p. 158.

Que el consentimiento se exprese o tácito o sin que medie algún vicio; o bien, que el hecho se realice en circunstancias tales que permitan fundadamente presumir que, de haberse consultado al titular, éste hubiese otorgado el mismo.²²⁹

Por esta razón, en determinadas circunstancias el consentimiento del ofendido sirve como “causa de exclusión de la tipicidad del hecho”, “causa de justificación” o como “causa de atenuación de la pena”.²³⁰ Cuando el titular del bien jurídico protegido por la norma da su consentimiento para que se disponga del mismo, se considera que hay atipicidad y por lo tanto no hay delito que perseguir, por ejemplo, si un hombre denuncia el robo del automóvil de su hija, y ésta se lo había prestado a un amigo, pero el padre no sabía, por haber el hecho de que ella dio su consentimiento, el delito de robo no se configura; se considera causa de justificación, cuando el titular del bien jurídico consiente renunciar a la protección de dicho bien, sin embargo, no puede renunciarse a todos los bienes, por ello, “su alcance se limita a aquellos casos en que el ordenamiento jurídico le conceda a la persona protegida la posibilidad de emplear su derecho de autodeterminación”.²³¹ Por ejemplo, una señora no puede denunciar de delito de allanamiento de morada a su vecino al que le ha consentido entrar a su casa a la hora que se ay en el momento que él quiera. Finalmente, cuando se trata de bienes de los cuales el titular no puede disponer, “lo que más podrá hacer el consentimiento del ofendido será:

a) tipificar la conducta en un tipo especial que tenga fijada una pena menor a la del tipo genérico, o

²²⁹ Artículo 15, Código Penal Federal.

²³⁰ Zamora Etcharren, Rodrigo, “El consentimiento del ofendido”, en Cano Valle, Fernando, Díaz Aranda, Enrique y Maldonado de Lizalde, Eugenia (coords.), *Eutanasia. aspectos jurídico, filosóficos, médicos y religiosos*, México, Instituto de Investigaciones Jurídicas-UNAM, 2005, p. 18.

²³¹ *Ibidem*, p. 18. Este autor toma la idea de Wessels, Johannes, *Derecho penal, Parte general*, trad. De la 6ª. ed. alemana, Buenos Aires, Depalma, 1980, p. 101.

b) Influir en el juzgador para que, en caso de condenar al ofensor, le imponga, dentro del rango que el tipo permita, una pena media o mínima”.²³²

Por ejemplo, si un paciente le pide a su médico que le administre una dosis letal de morfina, y éste consiente y el paciente, a causa de la inyección muere, se le aplicará al médico una pena mínima correspondiente al delito de homicidio. Esta última postura es la que sigue el Código Penal, ya que para el homicidio simple impone una pena de seis a veinticuatro años de prisión, en tanto que para el homicidio consentido la pena es de cuatro a doce años. La atenuación de la pena está en función de que el legislador distingue entre una conducta grave que debe ser evitable y una conducta consentida que debe ser, por decirlo de algún modo, controlada o tolerada.

La mayoría de las personas aprecia su vida, por lo que matarlas les produce un mal irreparable, razón por la cual se tiene que evitar y sancionar este tipo de conductas.

Peró cuando una persona, se ve atrapada por los dolores y sufrimientos que le causa una enfermedad terminal, ésta puede consentir con su médico que acabe con su vida, y si éste acepta, no se estaría causando un mal a la persona, pues la vida se le ha vuelto tan tortuosa que la muerte se ha vuelto un bien para ella. La atenuación de la pena “obedece a la consideración de que existe un menor juicio de reproche hacia el sujeto activo, con lo cual se denota menor peligrosidad que la de quien mata para robar, después de haber violado a la víctima o por el simple placer de matar”²³³ En el caso descrito en este párrafo, cuando es un médico el que asiste un homicidio consentido, no debería hablarse de atenuación de la pena, sino de un eximente, por las razones aducidas aquí.

²³² *Ibidem*, p. 19.

²³³ Amuchategui Requena, Griselda, *op. cit.*, nota 588, p. 159.

Habría que agregar también que, respecto del homicidio consentido, en el caso de que un paciente terminal solicite al médico que termine con su vida, la sanción que impone el Código no cumple los fines de las penas, tales como “prevenir a la sociedad de que vuelva a darse el mismo delito o que el Estado considere necesario resocializar al individuo responsable”.²³⁴ Puesto que es una práctica que no afecta a la sociedad, sino al individuo en particular.

Considerar aún una sanción, aunque sea menor, para el homicidio consentido, se debe a razones históricas, porque el artículo en comento del Código Penal Federal data de 1931, como señala la doctora Asunción Álvarez, “cuando el tema de la eutanasia no tenía la importancia que ha adquirido con los cambios que la tecnología ha introducido en la atención médica”,²³⁵ ni las personas eran tan conscientes de que podrían determinar su propia muerte, pues no había un temor a morir en el ámbito hospitalario, encadenado a dicha tecnología, muriendo varias veces en los hospitales sin poder morir.

El caso contrario es el del Código Penal del Distrito Federal, que a pesar de contemplar el homicidio consentido de manera similar como lo hace el Código Federal, contiene una disposición relativa a la eutanasia activa voluntaria en el artículo 127, el cual establece que “al que privede la vida a otro, por la petición expresa, libre, reiterada, seria e inequívoca de éste, siempre que medie razones humanitarias y la víctima padeciere una enfermedad incurable en fase terminal, se le impondrá prisión de dos a cinco años”, y agrega en su segundo párrafo, “los supuestos previstos en el párrafo anterior no integran los elementos del

²³⁴ Álvarez del Río, Asunción, *Práctica y ética de la eutanasia*, México, Fondo de Cultura Económica, 2005, p. 146.

²³⁵ *Ibidem*, p. 185

cuerpo del delito de homicidio, así como tampoco las conductas realizadas por el personal de salud correspondiente, para los efectos del cumplimiento de las disposiciones establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal²³⁶ y entre estas disposiciones y la que contiene la Ley de Voluntades Anticipadas para el Distrito Federal, en el artículo 2, encuentran una contradicción normativa. Mientras el Código Penal para el Distrito Federal habla de eutanasia activa voluntaria (que no la considera equiparable con el homicidio consentido, por los elementos que establece) la Ley de Voluntades prohíbe este tipo de eutanasia al hacer una distinción entre ésta y la ortotanasia. En caso de conflicto de leyes, considero que tendría mayor valor lo dispuesto por el Código, por ser una norma secundaria, que lo dispuesto por la Ley de Voluntades Anticipadas, por ser ley especial.

El peligroso defecto que contempla este artículo, a mi juicio, es que deja abierta la posibilidad de que cualquier persona puede ser sujeto activo, pues dicho artículo dispone “al que prive de la vida a otro...” este “otro” es un enfermo terminal, mientras que quien lo priva de la vida puede ser cualquier sujeto. Resulta peligroso considerar que cualquiera puede privar de la vida a un paciente terminal, ya que sujeto activo puede ser un familiar cuyo interés en quemar al paciente no sea legítimo, es decir, sea económico, social etc. y no sea el interés del paciente en respetar su autonomía. Existe por tanto, una laguna legal en lo referente a la eutanasia, pues ningún Código, incluido el Federal, hace mención *del elemento subjetivo* del sujeto activo. En este análisis se ha llegado a elaborar una defensa a favor de que sea el médico, y no otra persona, quien actúe como sujeto activo, porque, se supone, existe una presunción de que en él no media interés distinto, que el mejor interés del paciente. En ningún caso se propone una

²³⁶Estos artículos fueron adicionados el siete de enero de 2008, por la Asamblea Legislativa del Distrito Federal.

eutanasia con fines utilitarios o eliminadores, sino como un tratamiento, un último recurso con el que cuenta el paciente, por tanto, resulta lógico que sea el médico, quien ha tenido una amplia relación con el paciente, el que lleve a cabo este acto.

Para finalizar el tema del homicidio consentido, el artículo 127 del Código Penal del Distrito Federal, como bien hace notar la maestra Griselda Amuchategui, establece los siguientes elementos:

1. Por petición:

- a) *expresa*;
- b) *libre*;
- c) *reiterada*;
- d) *seria*; y
- e) *inequívoca*, por parte del sujeto pasivo;

2. Que medie razones humanitarias (el Código no dice qué se entiende por razones humanitarias);

3. Que la víctima padezca una enfermedad: incurable y en fase terminal.²³⁷

En lo que respecta a la *participación en el suicidio*, hay dos formas para cometerla, mediante inducción y mediante auxilio. La inducción consiste en “persuadir a alguien para que se prive de la vida”, “instigar” o “ejercer poder sobre la voluntad de alguien” a fin de “convencerlo para que se suicide”²³⁸ Para los efectos de este apartado, no se considerará la inducción, por ser ésta contraria a la autonomía, ya que se refiere a la manipulación de la voluntad, por

²³⁷ La sanción que establece este artículo es de dos a cinco años de prisión, muy distinta del homicidio consentido, por decirlo de algún modo, “simple” que es de cuatro a diez años de prisión, del artículo 142 del Código Penal para el Distrito Federal.

²³⁸ Amuchategui Requena, Griselda, *op. cit.*, p. 189.

ello, se tomará en cuenta sólo el auxilio al suicidio por un médico.

El auxilio al suicidio se refiere a “ayudar al suicida a prolongar su propósito de privarse de la vida”,²³⁹ a que lleve a cabo su intención de suicidarse. Puede ocurrir que una persona siendo competente y físicamente capaz para suicidarse pida ayuda a otro, por temor a fallar, como en el caso de Diane Trumbull quien solicitó ayuda al Dr. Timothy Quill, pues asumía que éste conocía las dosis exactas para que ella llevara a cabo su cometido, o bien, el caso de Ramón Sampedro, a quien le suministraron el veneno para poder suicidarse, ya que él era competente pero físicamente incapaz para hacerlo.

En este sentido, el auxilio al suicidio que contempla el Código Penal Federal, implica una ayuda material, es decir, dar los *instrumentos* para que el sujeto pasivo se pueda suicidar, y no formal, es decir, que quien da los instrumentos de más cosas no termine realizando el acto, en este caso de dejar a desear suicidio para convertirse en homicidio consentido.

La sanción que impone el Código es de uno a cinco años de prisión. Podría pensarse que es una sanción mínima que corresponde a un delito no grave, y que puede alcanzarse fianza, e incluso libertad condicional durante el proceso. Sin embargo, esta sanción, aunque mínima, no tiene justificación en una sociedad liberal que no castiga el suicidio. Estaría justificada, toda vez que el suicidio fuera considerado delito, pero no lo es, por tanto, es incoherente que se castigue el auxilio al suicidio, cuando éste no forma parte de los delitos establecidos en el Código. Por ejemplo, resultaría ilógico castigar a los predicadores como infractores, ya que se reconoce la libertad de creencias y ellos están instigando a la población a creer en tal o cual dios.

²³⁹ *Ibidem*, p. 190.

Larazón de que se considere el suicidio asistido como un delito, se debe, del mismo modo que la sanción del homicidio consentido, a razones históricas. Cuando el legislador determinó el auxilio al suicidio como un delito, no se enfrentó ante los argumentos que justifican la disponibilidad de la vida, no existió tampoco un amplio debate sobre las decisiones al final de la vida. Al contrario, al igual que muchos ordenamientos de distintos países, se pronunció a favor de la defensa de

la vida, considerada como un bien jurídico cuyo titular no puede disponer de ella, de que el Estado tiene la obligación de velar por la cantidad de la vida, sin importar los intereses de los individuos. El legislador eligió la coerción en vez de la responsabilidad, el paternalismo en lugar de la autonomía y la no maleficencia, la prohibición ante la libertad individual. Olvidó que “la libertad es el requerimiento cardinal y absoluto del autor respeto”.²⁴⁰

La prohibición al suicidio tiene sentido no cuando se trata de la libertad y el respeto por el valor de la vida humana con base en la identidad de las personas, sino cuando se trata de evitar abusos por parte de los que inducen al suicidio con fines religiosos u otros, pues como dice la maestra Amuchategui es “más peligroso quien induce que quien auxilia”. Para esta autora, “quien auxilia a un enfermo terminal” tiene un grado mínimo de peligrosidad o quizá ninguna, pues está motivado por la piedad o la compasión,²⁴¹ que quien actúa trastornado por el fanatismo.

En conclusión, se considera que la respuesta a la pregunta que da título a este apartado es negativa. La eutanasia activa voluntaria, en los términos que se ha venido

²⁴⁰Dworkin, Ronald, *El dominio de la vida. Una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual*, trad. de Ricardo Caracciolo y Víctor Ferreres, España, Ariel, 1998, p. 313.

²⁴¹Amuchategui Requena, Griselda, *op. cit.*, p. 191.

tratado a lo largo de este trabajo, y con los requisitos fijados que habrá que vigilar su cumplimiento estrictamente para evitar equívocos y abusos, no es un delito.

No se considera justificada la sanción que tiene el Código Penal Federal para los casos de homicidio consentido y auxilio al suicidio por las razones expuestas para ambos casos. De acuerdo con Manuel Atienza, el derecho penal “debe abstenerse de regular, de prohibir conductas que sólo tienen que ver con las opiniones morales de los individuos; dicho de otra forma, que el derecho debe permanecer neutral frente al pluralismo moral”.²⁴²

La justificación de las penas, sostiene Santiago Nino, consiste en que

- a) *debe implicar un mal menor que el que intenta prevenir;*
- b) *debe ser eficaz para prevenir ese mal;*
- c) *debe ser necesaria para evitar el mal*;²⁴³ cuando se prohíbe a los individuos determinar su propia muerte, se les causa un daño irreversible, pues la vida ha dejado de ser considerada un bien, toda vez que el dolor y el sufrimiento, han mermado su disfrute y calidad.

La vida humana es un bien inviolable y sagrado en sentido secular, y pertenece al dominio de los individuos que la viven, no al Estado ni a otra entidad sobrehumana. La justificación del Estado “es la función de hacer efectivos los derechos individuales básicos lo que provee la justificación moral primaria de la existencia de un orden jurídico”.²⁴⁴

²⁴² Atienza, Manuel, “Juridificar la bioética. Una propuesta metodológica” en *Bioética, derecho y argumentación*, Colombia, Temis, 2004, p. 52.

²⁴³ Nino, Carlos Santiago, *Ética y derechos humanos. Un ensayo de fundamentación*. 2da. ed., Argentina, Editorial Astrea, 2005, p. 452.

²⁴⁴ *Ibidem*, p. 368.

Como sostenía John Stuart Mill, “el único fin por el cual es justificable que la humanidad, individual o colectivamente, se entremeta en la libertad de acción de uno o cualquier de sus miembros, es la propia protección. Que la única finalidad por la cual el poder puede, con pleno derecho, ser ejercido sobre un miembro de una comunidad civilizada contra su voluntad, es evitar que perjudique a los demás. Su propio bien, físico o moral, no es justificación suficiente”.²⁴⁵

La característica principal del Estado liberal es ser moralmente neutro, esto es, el Estado no debe imponer valores ni formas de vida a los individuos, éstos son capaces de elegir planes de vida propios. Un Estado que actúa de manera perfeccionista o paternalista es un Estado que tarde o temprano se vendrá en tiránico, contaminando la idea de democracia.

Con lo anterior no se quiere decir que la vida humana es un bien disponible en todo momento, al contrario, al aceptar el principio secular de la santidad de la vida se manifiesta la aceptación de la inviolabilidad de la misma, y de su posible disponibilidad cuando el respeto por la vida sea acorde con los intereses críticos de los individuos.

5.2.1. ASOCIACIONES PRO-EUTANASIA

La Federación fue fundada en 1980 en Oxford, Inglaterra, con ocasión del tercer congreso internacional de asociaciones pro muerte digna estatales. La primera reunión tuvo lugar en 1976 en Tokio tras la constitución de lo que hoy es la asociación pro Muerte Digna de Japón.

La Federación defiende que los individuos deben tener derecho a tomar sus

²⁴⁵MILL, John Stuart, *Ensayo sobre la libertad*, trad. de Pablo de Azcarate, Madrid, Alianza, 2007, p. 68.

propias decisiones sobre la forma y el momento adecuado de su propia muerte. Cada una de las asociaciones miembro trabaja a su modo para garantizar este derecho.

Su creencia en la libre elección se extiende a todas las asociaciones miembro. Como Federación de 46 organizaciones pro derecho a una muerte digna, apoya a cada una de las asociaciones federadas en su trabajo para alcanzar sus propios objetivos. No se les pide que se adhieran a una creencia específica ni a un objetivo distinto al de apoyar el derecho de cada persona a una muerte digna.

Los objetivos y el trabajo de las asociaciones miembro dependen de las leyes existentes en sus países y de cómo ellas mismas definen las necesidades de los individuos. Algunos trabajan para promover leyes sobre testamentos vitales u otras directrices médicas anticipadas, mientras que otras asociaciones se centran en obtener el derecho legal a la ayuda médica en el momento de la muerte, ya sea por suicidio médicamente asistido o eutanasia voluntaria. Dicha Federación en la actualidad se compone de cuarenta y seis organizaciones, miembros provenientes de veintisiete países

La conformación de dichas asociaciones requirió de cuatro años, en 1980 se celebró la tercera conferencia, donde se conforma la Federación Mundial de Sociedades de Derecho a Morir con la finalidad de proteger los derechos de las personas para que puedan morir con dignidad.

Entre las funciones de estas asociaciones se encuentra la de difundir información y material educativo sobre la muerte con asistencia médica, promover la cooperación y el enlace entre asociaciones o sociedades para facilitar la presentación de conferencias y prestar asistencia para la formación de asociaciones en países donde aún no existen.

Los aspectos más importantes del trabajo de las asociaciones Pro-Eutanasiase pueden observar en una serie de objetivos y fines que se muestrana continuaciónyquesonpresentadosporlaasociaciónDerechoaMorircon Dignidad, asociación federal de España (DMD) donde se informeque:

Promover el derecho de toda persona a disponer con libertad de su cuerpo yde su vida, y a elegir libre y legalmente el momento y los medios para finalizarlay defender, de modo especial, el derecho de los enfermos terminaleses irreversibles a morir sin sufrimientos, si éste es su deseo expreso²⁴⁶ ademásde tener como objetivos] la disponibilidad de la propia vida, la facultadpara decidirsobreelpropiodevenirysufinalizaciónsinsujetarseaopinioneso directricesajenasasuvoluntad,lavidaesunbieninnegociablereconocido comounvalorsupremo en la Constitución, comprendidoportantodentrodel marco de las libertades y derechos democráticos. Esta posición,absolutamente respetuosaconlalibertaddecadaindividuo,estárespaldadadesdehaceañospor una mayoría de ciudadanos, empezando ahora a llegar a algunasinstancias institucionales. * Quienes somos, [en línea] portal Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente, España.²⁴⁷

La Federación Mundial de Sociedades con Derecho a Morir estáconformada por los siguientes miembros:²⁴⁸

Europa:

Alemania: Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben eV(DGHS).

²⁴⁶Finalidad DMD, [en línea] portal Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente, España, <http://www.eutanasia.ws/finalidad.html> [última consulta 30 de agosto de 2015].

²⁴⁷http://www.eutanasia.ws/quienes_somos.html [última consulta 30 de agosto de 2015].

²⁴⁸Member organizations, [en línea] portal The World Federation of Righth to Die Societies, <http://www.worldrtd.net/member-organizations> [última consulta 30 de agosto de 2015].

Bélgica: Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité.

Dinamarca: Landsforeningen EnVærdig

Escocia: Friends at the end.

España: Derecho a Morir Dignamente(D.M.D.).

Finlandia: Exitus.

Francia: Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité (ADMD).

Irlanda: Living willstrust.

Italia: SALIR-Italia.

Luxemburgo: Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité.

Noruega: Livestement MittLandsforeningen.

Países Bajos: Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie (NVVE).

Reino Unido: [Dignity In Dying](#). RtD-E: Right to Die Europe.

Suecia: Hasta Ratten Dod Var(R.T.V.D.).

Suiza: SALIR Humanes Vereinigung für Sterben, y SALIR Asociación para el Derecho de Mourir dans la Dignité(Suisse Romande).

Medio Oriente

Israel: La Sociedad de Israel por el Derecho a Vivir y morir con dignidad.(LILACH).

Australia: Sociedades de la Eutanasia Voluntaria de Nueva Gales del Sur, Territorio del Norte, Queensland, Australia Meridional, Tasmania, Victoria y Australia Occidental.

Nueva Zelanda: Sociedad de Eutanasia Voluntaria (Auckland) Inc., Sociedad de Eutanasia Voluntaria (Wellington).

América del Norte:

Canadá: Morir con Dignidad, Surrey / White Rock Choice en Morir Sociedad.

Estados Unidos: Compassion in Dying Federation; Investigación y Orientación de la eutanasia Org. (ERGO); Hemlock Society of Florida.

América del Sur:

Colombia: la Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente.

Venezuela: Derecho a Morir con Dignidad.

África:

Sudafrica: The Living Will Society.

Zimbabwe: Salida Final.

Asia:

India: La Sociedad para el Derecho a Morir con Dignidad.

Japón: la Sociedad Japonesa para la Muerte Digna.

5.2.2. ARGUMENTOS SOBRE LA MUERTE POR EUTANASIA

Son diversos y amplios los argumentos que se presentan alrededor del fenómeno de la eutanasia, y diferentes las posturas.

La Iglesia Católica condena moralmente dicha acción como menciona el Vaticano II Constitución Pastoral *Gaudium et spes*. N.27

La eutanasia y muchas otras graves violaciones a la vida, la dignidad y la integridad de la persona se condenan como acciones vergonzosas que degradan

la civilización humana, deshonran más a sus autoridades que a sus víctimas y son totalmente contrarias al honor, debido al creador.²⁴⁹

Lino Ciccone menciona que la tendencia a aprobar la eutanasia debido a los grandes cambios en el desarrollo tecnológico permite “Disponer de una vida humana hasta suprimirla, lo que implica la pretensión arrogante de ser dueños de ella, y de ponerse en el lugar de Dios o borrar toda referencia de él”,²⁵⁰ esta tendencia desvirtúa el papel de Dios con la toma de decisión propia, planeada, razonada o incluso tomada por las simples razones del miedo y el dolor al que se enfrenta.

Juan Pablo II dijo: “Estamos ante síntomas alarmantes de la cultura de la muerte, una seria amenaza para el futuro”.²⁵¹

La Iglesia católica argumenta

que nadie debe pedir un gesto homicida para sí mismo o para otros y mucho menos puede consentirlo, además de que ninguna autoridad está en condiciones de legitimar el hecho y aceptarlo.

Para la Iglesia, la eutanasia es un atentado al ley de Dios, pues la vida es sagrada, nace de Dios y termina por él, el hombre sólo es un portador de ella, de un proyecto que debe realizarse, por lo que no debe decidirse por aquello que le es prestado, pues cada hombre tiene una razón para estar en la Tierra.

Otros argumentos que coinciden con las manifestaciones eclesíásticas sobre la eutanasia y que se encuentran recurrentemente son:

²⁴⁹Lino Ciccone, op. cit., p. 80

²⁵⁰Idem, p. 55.

²⁵¹Juan Pablo II, “El Papa: El niño de Belén, la esperanza en tiempos de «cultura de la muerte»” [en línea] portal Zenit, 25 de diciembre de 2000, <http://www.zenit.org/article-1485?l=spanish> [última consulta 12 de agosto de 2015].

La falta de ética médica profesional que convierte la eutanasia en una gestión mecánica.

La falta de profesionalismo que hace permisible el incumplimiento de las normas establecidas para la aplicación de dicha acción.

La indiferencia, que plantea que quien quiera morir se suicide, pero lo haga solo en lugar de meter a otros en problemas.

La transgresión, cuando es el doctor quien decide sobre la vida de un enfermo y no el enfermo.

La precaución, un enfermo puede tener cura o mayor tiempo de vida pese a que el médico diga lo contrario. Falta de preparación médica.

El respeto a la vida, la labor de un médico es, y debe seguir, siendo la de procurar la salud tanto física como psicológica con el único fin de causar alivio por medio de la cura o la reducción del dolor a través del respeto a la vida.

La eugenesia, cuando el delito se vuelve derecho y la eliminación de los más débiles aparece.

Cuando los valores y conductas de las personas están influenciados por la conducta religiosa la vida es sagrada.

Para algunos, la eutanasia es un retroceso en el proceso de civilización de las naciones mencionando que el intento por hacer valer el derecho a decidir sobre el propio cuerpo es una forma engañosa de hacer que el hombre no sólo se detenga, sino que retroceda en su proceso evolutivo y cultural, por lo que la humanidad pierde el real significado del valor de la vida y confunde el sentido de la dignidad intrínseca al ser humano.

Con el pretendido derecho a la eutanasia en lugar de orientarnos hacia la mejora de la humanidad en valores éticos, morales, que sea expresión auténtica de la dignidad de la persona humana y de su vocación trascendente, parece que

asistimos a un intento de querer devolernos a las cavernas.²⁵²

Omitir que la muerte es un hecho natural a la vida y que debe tomarse de forma habitual y sosegada hace que ésta se perfila como un suceso hiriente, indigno y primitivo que no tiene por qué ser vivido; en ese entendido, el dolor y la imposibilidad de valer se por sí mismos son un argumento válido para desear adelantar su propia muerte, ya que ello es antinatural.

Se puede apreciar que la muerte se encuentra vinculada con el castigo (la pena de muerte, la pérdida de la vida por un estado de salud indeseado, el estado de guerra y la defensa propia), por lo que conceptualizarla como una aspiración presenta dificultades ideológicas que para los fines de la eutanasia deben ser aclarados y reconsiderados haciendo un replanteamiento de la muerte desde la perspectiva de los derechos humanos y apeándose a estrictas normas.

Desde una perspectiva humanitaria se reconoce que la vida no debe ser vulnerada por causas políticas, ideológicas y económicas ajenas a las del propio individuo. Desde una perspectiva individual, Pascal DuPont, en entrevista de Vladimir Jankélévitch, explica que: “el problema de la eutanasia es la licencia para el médico de dar directa o indirectamente (con consentimiento) muerte a un enfermo cuyo estado se considera desesperado”.²⁵³ El derecho que se le brinda a una persona para matar a otra y el derecho que un médico se adjudica para decidir si lleva a cabo esta práctica o no, es un grave riesgo, por lo que en enfrentarse ante la figura del homicidio permitido da cabida a una serie de irregularidades que el mismo Estado no puede reglamentar.

²⁵²Pedro J. Lasanta, op. cit., p. 19

²⁵³Vladimir Jankélévitch, “A propósito de la eutanasia, entrevista a Pascal DuPont” en: Pensar la muerte, México, FCE., 2004, p. 58.0

Sin embargo, hay quienes afirman que la eutanasia, a pesar de no ser legal, es una realidad. Derek Humphry, fundador de la Hemlock Society, dice en su libro *Dying with Dignity*:

Que la eutanasia voluntaria activa, también conocida como autoliberación o auto-eutanasia, es para la élite, ya afirma que la eutanasia está ampliamente disponible para ella debido que estas personas tienen contactos, amigos médicos que les proporcionan en secreto las drogas letales, e incluso, les aplican la inyección. * Yale Kamisar "El suicidio médicamente asistido" en: Keown, John (comp.), op. cit., p. 313.

Esto sólo evidencia nuevamente que las prácticas prohibidas pueden darse en el menor riesgo cuando se cuenta con los medios económicos para realizarse, el problema es en aquellos que esta práctica se realiza en aquellos que tienen recursos económicos y medios, mientras que el común de la población se encuentra excluida de este derecho.

Según los datos proporcionados por el INEGI en Perspectiva Estadística de México 2014.²⁵⁴ se puede observar que en México, la esperanza de vida ha aumentado considerablemente; en 1930 las personas vivían en promedio 34 años; 40 años después en 1970 este indicador se ubicó en 61; en el 2000 fue de 74 y en 2014 es de casi 75 años. Esto nos permite predecir que el crecimiento se mantendrá constante en tanto las tasas no se vean modificadas por circunstancias excepcionales.

El incremento del envejecimiento mundial hoy en día deja ver un aumento en las

²⁵⁴ Perspectiva Estadística de México, [en línea] portal Instituto Nacional de Estadística y Geografía, sección población, 2014, <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/sistemas/perspectivas/perspectiva-mex.pdf> [última consulta 30 de agosto de 2015].

enfermedades crónicas degenerativas y de padecimientos irreversibles, que obligan a enfermos a asistir con mayor frecuencia a los servicios de salud y centros hospitalarios para recibir la atención médica necesaria, lo que ocasiona la saturación de los servicios médicos y evidencia la incapacidad del Estado de subsanar el deterioro de la calidad de la atención.

Dadas estas circunstancias en una sociedad que envejece y donde el costo de la salud se eleva, la eutanasia también resulta ser una medida para reducir los costos, es decir una nueva armadura filosófica que presenta la necesidad de la eutanasia desde una perspectiva económica y no humana.

Uno de los argumentos más considerados hoy en día es el relativo al valor de una persona. Este concepto ideológico ha sido calificado de neoliberal y/o materialista, ya que percibe la vida como valor de uso y de producción, lo que le da significado a la existencia. L. Ciccone menciona que:

Se trata de una concepción materialista y por lo tanto de la del hombre, una concepción hedonista-utilitaria de la vida y que el camino cultural de la época moderna lleva a mucha una evaluación ética, positiva de la eutanasia, hasta proyectar y promover su legitimación jurídica.²⁵⁵

O contrariamente, como menciona Pedro J. Lasanta:

El valor de la vida humana se desdibuja en favor de la eficiencia y del rendimiento, el materialismo extiende sus tentáculos hasta ahogar y aniquilar al mismo ser humano.²⁵⁶

La mayoría de los criterios actuales para definir el valor de la vida de las

²⁵⁵Lino Ciccone, op. cit., p.51.

²⁵⁶Pedro J. Lasanta, op. cit., p.13.

personas coinciden con la idea de que si una persona capaz de valorar su propia existencia es víctima de homicidio, se le está privando de algo que aprecia, y con ello, se le está ocasionando un daño, mientras que a aquellas que no quieren continuar con su vida no se les hace ningún mal cuando se les brinda la posibilidad de morir. John Keown dice:

Que quienes no son considerados personas (o no se consideran personas así mismos), no pueden ser dañadas con el homicidio debido a que la muerte no les priva de nada que puedan valorar si no pueden querer vivir, no puede ser frustrado ese deseo si se le mata y las consideraciones morales sobre el acto de terminar con sus vidas no tendrían que tomarse en cuenta los deseos e intereses de los otros.²⁵⁷

A partir de ello, la muerte por eutanasia se da por medio de una valoración de la vida que el paciente hace sobre sí mismo pero que simplemente es inadmisibles para la ley.

El hecho de que en Holanda y Bélgica la eutanasia haya sido aceptada, dicen algunos especialistas, implica que la vida ya no se considere inviolable y sagrada, sino sujeta a cálculos y requerimientos del gobierno, de las instituciones y de los mismos centros hospitalarios; sin embargo, la inviolabilidad de la vida es un concepto que no se debe cambiar por el hecho de que se aplique o no la eutanasia, la vida sigue y debe seguir siendo respetada, no se puede cometer o acceder a que se asesine y se falte a los derechos de la vida de un ser humano, por lo que debe considerarse que parte del respeto a la vida está en el derecho fundamental de determinar por propia voluntad la muerte y ello no implica una violación a la vida.

²⁵⁷ John Keown, op. cit., p. 33.

5.3. TIPOLOGÍA DE LA EUTANASIA: UNA PROPUESTA PARA SIMPLIFICAR Y EVALUAR UN PROCESO

Revisar el fenómeno de la eutanasia desde la perspectiva social por lo tanto requirió buscar las relaciones existentes entre las diversas formas que presenta el fenómeno, buscar las similitudes y a partir de ellas establecer características generales que pudieran responder a las condiciones sociales y por ende a los casos particulares.

Para poder lograrlo fue necesaria la detección de los elementos que constituyen la eutanasia, combinar cada uno de ellos con la finalidad de identificar cuáles y cuántas eran las posibles composiciones, así como excluir aquellos casos que aunque en sus particularidades eran distintos por sus condiciones generales se repetían.

Como resultado de dicha exploración se obtuvieron un total de 13 tipos de eutanasia, mismos que fueron esquematizados en una tabla denominada “**TIPOLOGÍA DE LA EUTANASIA.**”

Esta tabla además de facilitar la comprensión del fenómeno, nos sirve como guía en el análisis del tema y permite por medio de determinados criterios establecer decisiones y/o determinaciones que permitan mejorar la condición de todos aquellos implicados en esta problemática.

La tipología que verá a continuación está conformada por las siguientes variables:

- **Número:** identificación de la clasificación de cada forma de eutanasia.

- **Tipo de eutanasia:** (modo): activa y pasiva.
- **Permisividad:** voluntaria, no voluntaria o involuntaria.
- **Sujetos implicados en la toma de decisión:** médicos, padres, otros familiares o amigos.
- **Facultades mentales:** consciente o estado de inconsciencia permanente.
- **Condición del diagnóstico:** adecuado, inadecuado.

A continuación se presenta el cuadro No "5" con la tabla: **TIPOLOGÍA DE LA EUTANASIA.**

No	Tipo de eutanasia (modo)	Permisividad	Sujetos implicados en la decisión	Facultades mentales del enfermo	Condición del diagnóstico
1	Activa	No voluntaria/ involuntaria	Médico, padres, otros familiares y/o amigos	Consciente	Adecuado
2	Activa	No voluntaria/ involuntaria	Médico, padres, otros familiares y/o amigos	Consciente	Inadecuado
3	Activa	Voluntaria	Paciente	Consciente	Adecuado
4	Activa	Voluntaria	Paciente	Consciente	Inadecuado
5	Pasiva	No voluntaria/ involuntaria	Médico, padres, otros familiares y/o amigos	Consciente	Adecuado
6	Pasiva	No voluntaria/ involuntaria	Médico, padres, otros familiares y/o amigos	Consciente	Inadecuado
7	Pasiva	Voluntaria	Paciente	Consciente	Adecuado

8	Pasiva	Voluntaria	Paciente	Consciente	Inadecuado
9	Activa/pasiva	No voluntaria/ in voluntaria	Médico, padres, otros familiares y/o amigos	inconsciente	Adecuado / inadecuado
10	Activa/pasiva	Voluntaria	Paciente	inconsciente	Adecuado
11	Activa/pasiva	Voluntaria	Paciente	inconsciente	Inadecuado
12	Suicidio asistido	Voluntaria	Paciente	Consciente	Adecuado
13	Suicidio asistido	Voluntaria	Paciente	Consciente	Inadecuado

Como se puede observar en la **Tipología de la Eutanasia**, se presenta una clasificación de las diferentes formas que presenta el fenómeno y sus posibles combinaciones, cada caso muestra las particularidades y las similitudes existentes. Ello nos permite identificar los casos que jurídicamente podrían ser aplicables, cuáles no y bajo qué condiciones y criterios. Estos datos pueden contribuir al establecimiento de manera explícita -hoy inexistente en el código penal del Distrito Federal- de las sanciones correspondientes a cada tipo, haciendo las precisiones y adecuaciones correspondientes así como responder a los requerimientos y necesidades éticas, clínicas y legales de la sociedad.

La Tipología de la Eutanasia cuenta con 6 columnas, mismas que serán explicadas con mayor precisión a continuación:

1.- Número: El presente rubro no sólo se utiliza para enumerar en forma consecutiva cada columna y mostrar de forma inmediata el total de elementos que se presentan, sino que pretende ser un número de clasificación que

identifique una combinación específica y facilite su reconocimiento.

2.- Modo: con ello nos referimos a la forma específica e intencionada en la que se realiza la eutanasia. Dicha acción - como se mencionó anteriormente - puede ser llevada a cabo por la no-acción, es decir, omisión de una labor que tiende a reducir la vida del paciente (estos actos pueden ser la suspensión en el tratamiento de la hidratación, la oxigenación o la alimentación por sonda) al que se le llama **modo pasivo**, por otra parte se encuentra la aplicación directa de la eutanasia como resultado de una acción específica cuyo efecto es la terminación de la vida, en el cual una tercera persona aplica al enfermo diversas sustancias (sedantes y venenosas) con el objetivo de causar la muerte, a esta forma se le conoce como **modo activo**; finalmente, se encuentran aquellos casos en los que el enfermo es proveído de los medios y sustancias necesarias para que sean aplicadas por él mismo; generalmente dicha acción se realiza en soledad y se le conoce como **suicidio asistido**.

3.- Permisividad: En relación al estado de permisividad es decir, la acción de dar permiso, se consideran tres factores específicos: el *voluntario*, en el que el paciente expresa explícitamente su deseo de morir y en algunos casos inclusive se realiza la petición por escrito; el *no voluntario* en el que el paciente no hace explícito su deseo de morir, (estos casos pueden presentarse por alguna enfermedad que le incapacita para tomar o expresar una decisión) y la decisión es tomada por terceras personas en lugar del paciente; finalmente la *involuntaria*, en la cual el paciente tiene claro que quiere vivir y hace explícito su deseo de continuar con su tratamiento médico, pero su decisión no es tomada en cuenta.

4.- Sujetos implicados en la toma de decisión: en este apartado nos referimos a aquellos casos en los que un tercero (padre, otros familiares,

amigo o el médico) se encuentran implicados en la toma de decisión del enfermo o incluso toman la decisión por él. Estas condiciones pueden darse en aquellos casos en los que, por ejemplo, se cuenta con minoría de edad; los casos de personas que son mudas o parapléjicas, mismas que están impedidas para expresar sus necesidades y deseos por ejemplo: lagunas mentales o alzhéimer que les impiden tomar una decisión consciente, o donde ya no hay conciencia como en el estado vegetativo o el coma permanente; finalmente aquellos casos en los que el paciente está consciente, puede expresarse y no desea morir, pero por intereses ajenos a él un tercero opta por la eutanasia.

Dentro de las consideraciones anteriormente mencionadas y en congruencia con nuestra investigación es muy importante asentar que al no ser el paciente quien toma la decisión, se estaría actuando no sólo fuera del marco de la ley sino fuera del marco del respeto a los derechos humanos, ya que desde nuestra perspectiva es fundamental salvaguardar al individuo y el uso de sus derechos. Por lo tanto se debe asegurar que los casos en que el paciente se encuentre consciente, nadie tiene derecho a solicitar que se lleve a cabo un procedimiento de eutanasia que no haya sido solicitado por él mismo, y que se establezcan con precisión los criterios a través de los cuales un tercer persona puede responsabilizarse y decidir por un enfermo, hecho que incluye el retiro de los tratamientos o la implementación de aquellos que alargarán el tiempo de vida pero no dan cura.

5.-Facultades mentales del enfermo: En este apartado se establece que el estado *consciente* existe cuando una persona tiene la capacidad de tomar cualquier tipo de decisión respecto a su vida, dentro de los parámetros establecidos por estudios médicos que expresan conciencia y equilibrio mental.

Por su parte, cuando nos referimos a *inconciencia* hablamos de una persona que se

encuentra en desequilibrio mental, estado de coma o vegetativo irreversible lo que implica que no existe posibilidad de que el paciente recobre la conciencia.

Las condiciones mentales del enfermo son de gran relevancia ya que a partir de ellas se distingue si tiene la capacidad de decidir por sí mismo o si se considera que sus aspiraciones son resultado del desequilibrio mental.

En este caso, nuevamente se presenta la adisuntividad de un familiar, amigo, tutor o el médico, tiene derecho a disponer de la vida del enfermo.

6.- Condición del diagnóstico: Existen dos variables, la primera considerada *adecuada* la cual hace referencia a aquella condición en la que el enfermo ha recibido un diagnóstico clínico certero obtenido no sólo por la exploración de un médico, sino por la realización de estudios diversos y la revisión de varios especialistas que concuerdan con los resultados. La segunda variable considera un diagnóstico *inadecuado*, esto se refiere a los casos en los que el médico, actuando de manera negligente e irresponsable, informa al paciente y/o los familiares sobre el estado de salud dando un diagnóstico incorrecto ya sea por falta de conocimiento en el tema o por la incapacidad de asesorarse y confrontar con otros médicos especialistas la situación que probablemente no sea de su total comprensión. Otros factores pueden ser la falta de profesionalismo o la inexperiencia que ocasiona el riesgo de llegar a conclusiones erróneas que afectan directamente al paciente, así como condiciones de trabajo sobresaturadas por falta de recursos humanos, materiales o económicos.

Finalmente, cabe mencionar que para la aplicación de un procedimiento de eutanasia voluntaria antes se deben disminuir los dolores del paciente al máximo por medio de las alternativas de cuidados paliativos con el fin de evitar que

éste tome decisiones que son resultado de la desesperación causada por el dolor.

5.3.1. EJEMPLO PARA USO Y APLICACIÓN DEL CUADRO TIPOLOGICO: UN CASO REAL

En octubre de 1971 en Holanda, la doctora Geertruida Postma visitó a su madre en la clínica geriátrica donde estaba internada a causa de una hemorragia cerebral que la tenía parcialmente paralizada, sorda, con pulmonía y problemas para hablar; al llegar, la encontró en una silla de ruedas con los brazos atados para evitar que se cayera.

La Dra. Postma no pudo resistir al ver la condición de su madre, “como un desecho humano, clavada a una silla” y regresó al día siguiente para inyectarle una dosis letal de morfina, después del cual dio aviso de su acción al director de la clínica quien llamó a la policía. Cabe mencionar que su madre le había solicitado en repetidas ocasiones que la ayudara a morir, y al no conseguir su apoyo intentó suicidarse, sin obtener éxito.

En ese tiempo en Holanda la eutanasia no estaba legalmente aprobada por lo que el caso de la Dra. Postma fue un precedente importante a partir del cual iniciaron profundas investigaciones que culminaron con su legalización.

Como se puede observar, el caso presenta características particulares que deben ser identificadas y localizadas en la Tipología de la Eutanasia para identificar a qué tipo de eutanasia nos referimos.

5.3.2. APLICACIÓN DEL CUADRO TIPOLOGICO EN EL CASO DE LA DRA. POSTMA

Las condiciones que se observan en dicho caso son las de una **eutanasia activa**, ya que la Dra. Postma lleva a cabo una acción intencionada que causa la muerte, al aplicar una dosis elevada de morfina. Este evento ocasionó la caída en estado de coma de su madre y con ello su muerte, por lo que ésta no sufrió durante dicho proceso; asimismo, la aplicación de la eutanasia fue **voluntaria** ya que había habido solicitud explícita y repetitiva, lo que exigía un estado de salud mental **conciente** adecuado, (ya que como se ha dicho los problemas de salud que tenía no estaban relacionados con problemas mentales) lo que hacía posible respetar su decisión, además de que fue la propia **paciente** quien tomó esa decisión sin influencia de otra persona externa; en cuanto al diagnóstico era **adecuado** al afirmar que la enfermedad de su madre era una enfermedad irreversible, dolorosa y lenta sin posibilidades de cura, diagnóstico con el cual concordaban los médicos del asilo donde la tenía internada y la propia Doctora.

Como resultado de ello, encontramos que el evento muestra correspondencia con las condiciones tipológicas del caso clasificado con el número **3** en donde la acción se presenta de la misma forma en que ha sido explicada en los párrafos anteriores, a continuación el fragmento Tipológico correspondiente a la ejemplificación del caso de la Dra. Postma, cuadro número "6".

Fragmento Tipología de la Eutanasia

Número	Tipo de eutanasia (modo)	Permisividad	Sujetos implicados en la decisión	Facultades mentales del enfermo	Condición del diagnóstico
3	Activa	Voluntaria	Paciente	Consciente	Adecuado

5.3.3. ANOTACIONES SOBRE LA TIPOLOGÍA PRESENTADA. UNA PROPUESTA DE LEGALIZACIÓN

Ahora que se ha ejemplificado la forma como se puede adaptar una circunstancia específica de un tipo de eutanasia a la tabla tipológica, presentaremos diversas anotaciones que se consideran pertinentes, seguidas del fragmento de la Tipología que corresponda.

Respecto a los tipos del cuadro clasificados con los números 1, 2, 5, y 6 se puede observar que no cubren las condiciones que se presentan en el código penal, los Derechos Humanos, y el discurso laico para que puedan ser acreditados como un derecho a morir con dignidad, en tanto ellos son involuntarios, o no voluntarios a pesar de que el estado mental del paciente es clínicamente saludable. Véase cuadro “7” a continuación.

Cuadro 7
Fragmento Tipología de la Eutanasia

Nº	Tipo de eutanasia (modo)	Permisividad	Sujetos implicados en la decisión	Facultades mentales del enfermo	Condición del diagnóstico
1	Activa	No voluntaria / involuntaria	Médico, padres, otros familiares y/o amigos	Consciente	Adecuado
2	Activa	No voluntaria / involuntaria	Médico, padres, otros familiares y/o amigos	Consciente	inadecuado

5	Pasiva	No voluntaria / involuntaria	Médico, padres, otros familiares y/ o amigos	Consciente	Adecuado
6	Pasiva	No voluntaria / involuntaria	Médico, padres, otros familiares y/ o amigos	Consciente	inadecuado

Fuente: Elaboración propia.

Es importante anotar que, en todos los casos del cuadro “7”, el paciente se encuentra consciente, es decir, el estado de salud mental es clínicamente sano por lo que tiene la capacidad de tomar cualquier decisión sobre sí mismo de tal manera que la eutanasia se origina por la decisión y acción de tercera persona incurriendo en *homicidio doloso*.

En el cuadro a continuación se presentarán los tipos clasificados con los números 2, 4, 6, 8, 9, 11 y 13 se puede observar que todos cuentan con un diagnóstico de salud inadecuado, lo que implica que la toma de decisiones se sustenta en datos que describen una condición de enfermedad irreversible y dolorosa pero falsa, dando como resultado la muerte del paciente.

En estos tipos de eutanasia, pierde importancia si el enfermo tiene o no la voluntad de que se le aplique, o si es consciente o inconsciente ya que en todo momento se infringen sus derechos debido a la negligencia médica. Ver cuadro “8” Fragmento *Tipología de la Eutanasia*.

Cuadro 8

Fragmento Tipología de la Eutanasia

N o	Tipo de eutanasia (modo)	Permisividad	Sujetos Implicados en la decisión	Facultades mentales del enfermo	Condición del diagnóstico
2	Activa	No voluntaria/ involuntaria	Médico, padres, otros familiares y/o amigos	Consciente	Inadecuado
4	Activa	Voluntaria	Paciente	Consciente	Inadecuado
6	Pasiva	No voluntaria/ involuntaria	Médico, padres, otros familiares y/o amigos	Consciente	Inadecuado
8	Pasiva	Voluntaria	Paciente	Consciente	Inadecuado
9	Activa/pasiva	No voluntaria/ involuntaria	Médico, padres, otros familiares y/o amigos	inconsciente	Adecuado / inadecuado
11	Activa/pasiva	Voluntaria	Paciente	*inconsciente	Inadecuado
13	Suicidio asistido	Voluntaria	Paciente	Consciente	Inadecuado

Fuente: Elaboración propia.

El diagnóstico inadecuado puede deberse a acciones como: no cumplir con los requisitos y normas establecidos en el área de trabajo, no contar con el consejo y revisión de otros especialistas para diagnosticar los padecimientos, no mandar a realizar los estudios adecuados. No proporcionar la información adecuada y completa. Los casos a continuación clasificados con los números **9, 10 y 11** como se verá en el cuadro "9" *Tipología de la Eutanasia* tienen en común la condición de que el paciente se encuentra inconsciente, el hecho de que en estos casos la

eutanasia se aplique de forma *activa* o *pasiva* resulta tanto irrelevante en términos del enfermo que ni se da cuenta del suceso, sin embargo, es de vital importancia para la familia

Cuadro 9

Fragmento Tipología de la Eutanasia

Nº	Tipo de eutanasia (modo)	Permisividad	Sujetos implicados en la decisión	Facultades mentales del enfermo	Condición del diagnóstico
9	Activa/ pasiva	No voluntaria / involuntaria	Médico, padres, otros familiares y/ o amigos	inconsciente	Adecuado / inadecuado
10	Activa/ pasiva	Voluntaria	Paciente	inconsciente	Adecuado
11	Activa/ pasiva	Voluntaria	Paciente	inconsciente	Inadecuado

Fuente: Elaboración propia.

El tipo **9** es de gran interés ya que, ante el estado mental inconsciente del paciente, no es admisible aplicar la eutanasia pues éste se encuentra imposibilitado para tomar una decisión, y es de conocimiento de las personas que lo rodean que nunca estuvo de acuerdo con dicho procedimiento. Es importante tener presente que los criterios que se han presentado a lo largo de la investigación para poder ser un receptor responsable de la eutanasia no se cumplen en este caso, en tanto considero que el derecho a decidir sobre el propio cuerpo es la condición indispensable para el cumplimiento de sus derechos y evitar incurrir en el delito de eutanasia no voluntaria o involuntaria, es decir *homicidio doloso*, aunque se haya realizado por piedad.

Por su parte, los casos **10 y 11** a diferencia del anterior presentan la condición de voluntariedad (autorización del paciente) lo que permite que la eutanasia pueda llevarse a cabo. No obstante, es necesario que el paciente antes de caer en estado de inconsciencia elabore un documento de voluntad anticipada donde exprese de forma escrita el interés y la aprobación de la misma, haciendo valer su derecho.

Todo caso de eutanasia por estado de inconsciencia irreversible requiere un estudio profundo y especializado donde se evalúen las condiciones sustanciales que permitan su viabilidad a través de un análisis fundamentado en el concepto del valor de la vida y el valor de la persona, (dicho sea de paso, esta condición no estará relacionada directamente con el enfermo sino con terceros afectados) principalmente cuando se trata de problemas como: coma profundo, estado vegetativo irreversible, enfermedades mentales como Alzheimer y algunos otros casos donde el paciente despierta de estado vegetativo o el coma pero su salud mental queda con severas secuelas de discapacidad.

El siguiente cuadro presenta los tipos **12 y 13** referentes al suicidio asistido en estos casos el enfermo será quien solicite la eutanasia y siempre presentará la condición de voluntariedad de salud mental adecuada para poder ser asistido. En estos casos el enfermo será proveído de las sustancias necesarias para que él mismo se dé la muerte. La única condición que cambia en estos casos es el estado de la información proporcionada por el médico en tanto es adecuada o no lo es. Ver cuadro "10" del *Fragmento Tipológico de la eutanasia*

Cuadro 10

Fragmento Tipología de la Eutanasia

Nº	Tipo de eutanasia (modo)	Permisividad	Sujetos implicados en la decisión	Facultades mentales del enfermo	Condición del diagnóstico
12	Suicidio asistido	Voluntaria	Paciente	Consciente	Adecuado
13	Suicidio asistido	Voluntaria	Paciente	Consciente	Inadecuado

El siguiente y último *Fragmento Tipológico de la Eutanasia* cuadro "11" corresponde a los tipos **3, 7, 10 y 12** donde se observa que el estado de permisividad es voluntario, condición determinante para que la eutanasia pueda practicarse.

Cuadro 11

Fragmento Tipología de la Eutanasia

Nº	Tipo de eutanasia (modo)	Permisividad	Sujetos implicados en la decisión	Facultades mentales del enfermo	Condición del diagnóstico
3	Activa	Voluntaria	Paciente	Consciente	Adecuado
7	Pasiva	Voluntaria	Paciente	Consciente	Adecuado
10	Activa/pasiva	Voluntaria	Paciente	*inconsciente	Adecuado
12	Suicidio asistido	Voluntaria	Paciente	Consciente	Adecuado

Fuente: Elaboración propia.

Desde este punto de vista podemos afirmar que la eutanasia puede servir en México siempre cuando cumpla con los criterios que se presentan en el

fragmento de la tipología "11" es decir, que el diagnóstico sea en todos los casos adecuado, lo que permite establecer que el tiempo de vida sea corto, que la solicitud de la eutanasia sea una decisión personal y explícita, y que el paciente es quien elige la forma en que desea que se practique.

El caso 10 en particular difiere del resto, ya que presenta voluntariedad pero un estado de salud mental inadecuado, por lo tanto implica que el paciente realizó su solicitud de eutanasia antes de la pérdida de la conciencia.

Como resultado de la investigación podemos afirmar que los tipos 3, 7, 10 y 12 de la tipología de la eutanasia deben ser orientados hacia la supervisión jurídica para su posible legalización, lo que permitiría la absolución de sanción penal a los médicos que la lleven a cabo.

Lo anterior apoyándose principalmente en los criterios de la propiedad del cuerpo y la pertenencia de quien lo posee, la exclusión de criterios divinos o sagrados, y el artículo 15° del Código Penal Federal, fracción III, que se expone nuevamente a continuación:

"Será causa de supresión del delito si se obra con el consentimiento del titular del bien jurídico afectado, siempre que se llenen los siguientes requisitos:

Que el bien jurídico sea disponible.

Que el titular del bien tenga la capacidad jurídica para disponer libremente del mismo y,

Que el consentimiento sea expreso o tácito, sin que medie algún vicio, o bien que el hecho se realice en circunstancias tales que permitan fundadamente presumir

que, de haberse consultado al titular, éste se hubiese otorgado el mismo”.²⁵⁸

De esta manera podemos establecer que las formas de eutanasia **3, 7, 10 y 12** son las únicas viables y las únicas que, hasta el momento, pueden asegurarla integridad y el respeto a los derechos del enfermo con su aplicación. En este fragmento de la tipología se puede observar que se cumplen los principios establecidos por los derechos humanos en concordancia con el Código Penal Federal y la legislación de la eutanasia que ya existe en otros países. Es decir que estas cuatro formas nos permiten concluir que la eutanasia en México sí es viable y que no todas las formas de aplicación lo son en nuestro país, sino específicamente las del fragmento tipológico número “11”.

Evidentemente, dicha aplicación implica no sólo un informe y un cambio en la normatividad, implica una serie de modificaciones en todas las áreas relacionadas con la salud para asegurar su buen funcionamiento.

En el caso de estos cuatro tipos se debe asegurar que el paciente ha recibido otro tratamiento que no han logrado mejorar el estado de salud y tampoco detuvieron el avance de la enfermedad. Para esta decisión se debe asegurar y verificar si la condición de salud mental del paciente es adecuada y que por lo tanto tiene la capacidad de decidir. En aquellos casos donde exista alguna duda sobre los resultados obtenidos no se puede aplicar ninguna forma de eutanasia, por lo que será indispensable apoyar al paciente para que adquiera estabilidad emocional en caso de ser posible, de lo contrario, se considerará que el paciente no está en condiciones mentales para tomar dicha decisión (lo que lo haría quedar fuera de los tipos **3, 7, 10 y 12** y pasara a aquellos casos clasificados con estado de inconsciencia y por lo tanto su aplicación sería involuntaria o no voluntaria.

²⁵⁸Código Penal Federal.

Tanto la eutanasia activa como la pasiva son discutidas desde muy diversas perspectivas, en este sentido, lo que hace la diferencia es si el procedimiento se realiza por omisión o por acción de medidas médicas a las que se le puede calificar éticamente. Sin embargo, las evidencias de la intencionalidad pueden no ser visibles, lo que implica que no existiera certeza al condenar o aun un médico por aplicar eutanasia intencionada ya que resulta difícil distinguir, en especial si el médico argumenta que su intención fue mitigar los dolores más no causar la muerte.

La forma resulta perder importancia ante nuestra perspectiva debido a que la intención de la acción y la forma producen el mismo resultado es decir, la muerte de la persona, (ya que en ambos casos se trata de disminuir los padecimientos) pero ello no nos asegura que este desee o no su muerte y que sean respetados sus derechos.

Esta circunstancia es fundamental para que los criterios presentados por la tipología sean tomados en cuenta y para establecer cuáles son los parámetros de acción, para que se reduzcan los riesgos que la población no ha identificado, y las dificultades que podrían presentarse en caso de legalización de la eutanasia.

Finalmente, es importante mencionar que en esta tipología no se encuentra incluida la forma de eutanasia activista, (que en todo momento es voluntaria) la cual requiere de una revisión profunda para su posible legislación puesto que no implica un estado de salud irreversible y/o doloroso, sino el simple deseo de determinar con la propia vida lo que se resuelve generalmente con el suicidio. Cabe mencionar que esta forma de eutanasia no se encuentra dentro de la discusión contemporánea en nuestro país.

5.4. PROPUESTA PARA LA APLICACIÓN DE LA EUTANASIA EN MÉXICO

El fenómeno de la eutanasia, como se ha podido observar a lo largo de la investigación, contiene una serie de elementos que lo vuelven complejo y dificultan el diálogo con fines a su legalización, principalmente porque el discurso que se presenta, a pesar de ser de carácter científico y político, se encuentra permeado de una carga ética que complejiza y dificulta la observación del fenómeno. Sin embargo, desde el análisis laico y en virtud del derecho que tiene el hombre de decidir sobre sí mismo, y hacer valer su derecho a una muerte con dignidad, se presentan a continuación algunos puntos que pueden ayudar a darle cabida a este fenómeno en el país.

La propuesta principal consiste, en primera instancia, en la legalización únicamente de la eutanasia activa en pacientes terminales con enfermedades irreversibles, en quienes los cuidados paliativos ya no producen el efecto sedante esperado o les causan mayores sufrimientos.

Para aquellos que han caído en estado de coma o vegetativo, se propone que les sea aplicada únicamente si han dejado su testamento de vida en donde se especifica de forma clara y precisa su deseo de que les sea aplicada la eutanasia activa. Así, a las personas que no hayan realizado dicho testamento, por la causa que fue, no se les adelantará la muerte para no interferir en su estado de derecho y su condición de dignidad. Con ello, enfermos mentales y ancianos podrán estar seguros de que nadie ejercerá ningún tipo de violación a su cuerpo.

5.4.1. Clínica especializada en atención de enfermos terminales

Para poder llevar a cabo esta acción y convertir la eutanasia activa en una realidad, se propone la creación de una clínica especializada en la aplicación de la eutanasia activa que asegure el cumplimiento de la normatividad establecida y que lleve un registro exacto y exhaustivo de cada uno de los casos que se presenten.

Dicha institución debe ser un centro hospitalario con personal médico especializado (médicos, tanatólogos, trabajadores sociales, psicólogos, abogados, notarios) y debe tener enlace directo con la Comisión Nacional de Derechos Humanos, que tendrá la obligación de dar seguimiento al expediente de los pacientes que ingresen a dicho centro.

El médico no sólo deberá conocer la situación de salud del paciente, sino que deberá tener también una preparación tanatológica, anestesiológica, psicológica y jurídica (específica para las condiciones normativas de la eutanasia activa) que permita brindarle la atención adecuada a estos pacientes, para ello se requerirá de una especialización en atención a pacientes terminales y con enfermedades irreversibles, lo que excluirá a médicos, familiares y amigos de aplicar eutanasia en forma unilateral.

Los médicos que tengan la preparación correspondiente deberán contar con un permiso especial que garantice que pueden aplicar la eutanasia bajo las condiciones que reglamente la legislación sin recibir penalización.

Para que un paciente pueda recibir atención y acceder a la institución médica de atención a pacientes terminales y con enfermedades irreversibles y dolorosas deberá acudir a una institución pública o privada para asignarle al médico correspondiente, cumpliendo con las siguientes condiciones:

El paciente fue revisado por más de un especialista y concluyen que el paciente

no tiene cura y que su tiempo de vida es menor a 6 meses (que es el tiempo que médicamente se utiliza para definir si un enfermo se encuentra en situación terminal).

Que el paciente tenga dolor insoportable y presente malestares que ya no pueden ser eliminados con el cuidado paliativo o que dichos cuidados le provoquen reacciones secundarias que se sumen a sus propios malestares.

Que el enfermo haya solicitado por escrito en un documento oficial que se le aplique la eutanasia activa

Que el paciente haya solicitado su traslado a la clínica de cuidados terminales y con enfermedades irreversibles, donde se le puede aplicar la eutanasia activa y voluntaria (ya que será el único lugar donde ésta pueda llevarse a cabo). En los casos de eutanasia pasiva serán recibidos para valorar su condición y posteriormente reenviados a sus domicilios bajo un tratamiento de sedación para que se encuentren en mejores condiciones y cerca de su familia, sin que reciban a partir de ese momento ningún tratamiento que no sea el de cuidados paliativos.

La clínica de atención a pacientes terminales funcionará de la siguiente manera:

Un especialista deberá revisar cuidadosamente el expediente del paciente, presentar un breve informe donde explique las condiciones del mismo y confirme que su estado de salud es terminal, y que el paciente ya no responde a los cuidados paliativos.

El paciente deberá ser trasladado a un espacio acogedor con compañía de sus familiares o allegados.

El paciente deberá recibir la visita de un psicólogo especialista en pacientes terminales que revise el estado de salud mental y asegure que la solicitud de eutanasia activa es un deseo del paciente, que no tiene origen en la presión social o familiar y tampoco en un estado de depresión transitorio.

Mientras se le brinda esta atención deberá recibir cuidados paliativos para mantenerlo en la mejor condición posible.

El médico tratante tendrá la obligación de explicar con claridad al paciente y a sus familiares el diagnóstico médico confirmando al paciente que efectivamente se encuentra en estado terminal y que no podrá recuperarse.

El paciente recibirá cuidados paliativos hasta que se hayan realizado todas las pruebas correspondientes, estableciendo el tiempo máximo que podrá llevar dicho procedimiento con la finalidad de evitar un proceso engorroso y burocrático que alargue la agonía del enfermo. Después de la realización de dicha corroboración, el paciente tendrá el derecho de definir en qué momento desea que se le aplique la eutanasia activa.

El paciente, por medio de un notario de la clínica, testificará su deseo de eutanasia activa.

En caso de que el paciente se arrepienta deberá informar y solicitar por escrito que anula el proceso, para que se hagan los trámites correspondientes y, nuevamente, sea trasladado a la clínica de origen y se continúe con los cuidados paliativos o se someta a diversos tratamientos médicos que ayuden a mantenerlo con vida durante más tiempo.

La clínica de atención a enfermos terminales sólo atenderá a pacientes que se encuentren en estado terminal y hayan solicitado eutanasia activa.

En caso de ser un menor de 18 años, podrá solicitarla por sí mismos; sin embargo, también requerirán de la autorización de los padres hasta cumplidos los 25 años de edad.

Los pacientes que tengan enfermedades irreversibles como paraplejias, artritis o Alzheimer avanzados, entre otras que generan dolores insostenibles e impiden la realización de las necesidades básicas como comer, beber y asearse entre otras, pero que no se encuentran consideradas como enfermedades terminales deberán tener el derecho de ser incluidos en el programa para que se les aplique la eutanasia activa, siempre y cuando ellos la soliciten sin presión por parte de terceros. Esto también aplicará para aquellos que realizaron su petición en el testamento de vida.

El personal de derechos humanos y trabajo social deberá vincularse con el paciente para comprobar que la decisión es libre y que éste no está siendo víctima de abuso o presión.

El hecho de proponer una clínica especializada permitirá asegurar que el procedimiento aplicado sea el adecuado, con el cumplimiento de la normatividad, con la atención y precisión necesaria que evite el trato inadecuado por una mala práctica médica, negligencia, falta de conocimientos y/o corrupción médica, así como por falta de personal o equipo.

La clínica recibirá el instrumental y el medicamento necesario para la aplicación de la eutanasia al paciente, el cual será proporcionado al médico con las dosis especificadas en una solicitud previamente elaborada, para

asegurar que dichas sustancias no se utilicen y mucho menos, para otra persona, lo cual se podrá asegurar con la expedición de la lacta de defunción que se proporcionará en la misma clínica.

El trabajo conjunto en la clínica permitirá que toda actividad se realice con los controles adecuados, especializados, con la verificación legal y médica correspondiente.

Esta clínica deberá tener una contraloría médica que se encargue de la revisión y control de cada caso.

En los casos en los que el paciente indique en su testamento anticipado su deseo de donar órganos, esto no será aplicable en la clínica de atención a pacientes terminales, solo se considerará su petición de eutanasia activa, esto con la intención de garantizar que la aplicación de no se produzca con fines ajenos y salvaguardar el estado físico y emocional del paciente asegurando el cumplimiento de su derecho. Así, en caso de existir un testamento de vida donde se especifique el interés de donar algún(os) órgano(s) y esto sea posible, se deberán establecer medidas que permitan que se lleve a cabo dicho procedimiento.

De igual manera se propone que se estudie con precisión y profundidad el problema referente a la donación de órganos para que pueda ser reglamentado sin que perjudique el correcto funcionamiento de la clínica de atención a enfermos terminales y los derechos del enfermo pero que éste en ningún momento sea aplicado en la clínica especializada para enfermos terminales.

Esta clínica, como se mencionó con anterioridad, será la única válida para llevar a cabo la aplicación de la eutanasia activa, ningún otro centro

hospitalario, ni público ni privado, ni ningún médico no certificado podrá hacerlo, en caso de ser así deberá recibir la sanción penal correspondiente.

El servicio de la clínica será responsabilidad del Gobierno y deberá ser gratuito o con un costo de recuperación, previo a un estudio socioeconómico del paciente y sus familiares. El Estado tendrá que asegurar el correcto funcionamiento de la clínica, (que cuente con el instrumental, el personal, los medicamentos y todas las condiciones necesarias para su adecuado funcionamiento) así como informar a la población para que conozca el proceder de la clínica y asegurar la transparencia del proceso.

El médico jamás deberá ofrecer a un enfermo la eutanasia activa. Su función será brindar la atención necesaria para su recuperación y alivio pero jamás inducirlo a morir; deberá escuchar con atención para conocer sus deseos y sólo ante la petición de eutanasia activa explícita y por escrito promoverá su canalización a la clínica especializada.

Finalmente, cada estado del país deberá tener la capacidad y autonomía para introducir la aplicación de la eutanasia activa, siempre que cuente con la capacidad y el presupuesto para llevarlo a cabo.

“Poder morir significa: ser capaz de ese soportar y nosotros sólo somos capaces de ello si nuestro ser acepta el ser de la muerte [...] Por todas partes la inmensa miseria de innumerables, atroces muertes no muertas y, sin embargo, la esencia de la muerte le está vedada al hombre”
Martin Heidegger

CONCLUSIONES

PRIMERA.- La palabra *eutanasia* es polisémica, es decir, tiene una gran variedad de significados, que conforman en esencia, un conjunto dialéctico de definiciones. Por ello, fue necesario presentar algunos de los conceptos más relevantes que han sido desarrollados por distintos autores, para así elaborar un concepto compatible con la Teoría de los Principios, los fines de la medicina, el principio de la santidad de la vida y los derechos de los pacientes. El concepto que se realizó considera la eutanasia como un último recurso, como un tratamiento para los pacientes terminales al final de su vida, cuando la muerte representa un beneficio, y nunca un perjuicio para ellos. Este concepto se sustenta en los principios de autonomía, no maleficencia y beneficencia.

SEGUNDA.-El significado de la muerte para el hombre ha sido resultado de su

historia, sus costumbres y creencias; sin embargo, en su sociedad existe una gran diversidad de ideas que no necesariamente son comunes a todos es decir, aquello que difiere de una cosmovisión acreditada por la comunidad. De este modo, las diferencias con la normalidad resultan ser motores de transformación a través de los cuales las sociedades evolucionan y cambian su forma de conducirse, de ser, de pensar y de actuar; así, el derecho del hombre a decidir libremente sobre su cuerpo no es una característica que se haya encontrado presente en toda las etapas de la humanidad, sino que surgió en una determinada época debido a una serie de condiciones específicas que permitieron la propagación y conformación de esa idea por lo que el deseo de prolongar la vida y resistir a la enfermedad o disponer terminar con ella es resultado de una exploración que se presenta dentro de una estructura social que puede limitar la praxis pero que no puede impedir su planteamiento.

TERCERA.- La teoría moral que se utilizó en este trabajo de investigación, es la base para justificar los argumentos a favor de la eutanasia activa voluntaria. En este sentido, se tiene que:

- El principio de respeto por la autonomía, implica la obligación de respetar las decisiones de los pacientes, cuando estén libres de influencias externas y reflejen su individualidad, valores e intereses críticos. Además, el respeto por la autonomía presupone aceptar las decisiones de las personas, cualesquiera que sean, porque se les considera capaces y responsables para tomarlas. Cuando un paciente, solicita a su médico la asistencia activa en la muerte, se garantiza el respeto a esa decisión, tanto por el médico como por el Estado, pues de lo contrario, la libertad para elegir de manera autónoma perdería aquel papel esencial que tiene dentro de una sociedad democrática. Es decir, el derecho del paciente a elegir su propia muerte, debe ser garantizado por el Estado y no obstaculizado.

- En consonancia con el principio de *nomaleficencia*, aceptar la petición de eutanasia activa por parte del paciente, no siempre corresponde a actuar de modo maleficente, es decir, no siempre significa causar un daño a aquél. Al contrario, en ocasiones, negar al paciente el derecho a elegir su modo de morir, presupone ignorar que el paciente es responsable, tiene capacidad para reflexionar y, tiene valores y creencias que forman parte de su identidad. Lo anterior sí implica un daño al paciente. De este modo, el principio de nomaleficencia es trasgredido cuando no se permite que los enfermos, que prefieren morir a vivir una vida que para ellos ha perdido las condiciones mínimas de calidad, determinen su modo de morir. La eutanasia, es decir, causarle la muerte de manera activa a un paciente previa petición autónoma, no representa un daño para el mismo. En cuanto que, negar la ayuda para morir, sí causa un daño irreparable, pues se frustran los planes e intereses de los pacientes, ocasionándoles situaciones de indignación, desesperación y angustia.
- Con base en el principio de beneficencia, se considera que cuando la muerte representa un beneficio para el paciente y no un perjuicio, la eutanasia queda justificada bajo este principio. Este principio consiste en la obligación del médico a actuar de modo benéfico con el paciente, si lo hace de este modo, inclinado por la reciprocidad o buscando que su acción se convierta en ley universal, en el caso de la eutanasia, el médico no estaría actuando contra este principio, sino en cumplimiento del mismo. En esta tesitura, cuando el médico se niega a realizar esta práctica, porque el Estado lo considerará un criminal o porque la conciencia del médico se opone a la eutanasia, se estará actuando en contra de dicho principio.

CUARTA.- Los médicos tienen tanto el poder de preservar la vida como el de

terminarla. A primera impresión, el primer hecho parece ser siempre moral y legalmente correcto y el segundo no. *Prima facie* el segundo es incorrecto, pues en ocasiones terminar con la vida de un paciente, a petición de este, por causa del dolor y sufrimiento que lleva consigo una enfermedad terminal, justifica esta acción.

QUINTA.- Los fines de la medicina no sólo permiten la prevención y curación de la salud, también implican el acompañamiento y, de algún modo, la asistencia en la muerte. Si por eutanasia se entiende, una conducta que reporta un beneficio al paciente que la solicita, entonces, la eutanasia no se contrapone a las finalidades que persigue la ciencia médica, al contrario, por medio de la asistencia en la muerte se logra alcanzar la finalidad de evitar sufrimientos y dolores “innecesarios” al paciente, cuando los cuidados paliativos y el control del dolor no han sido suficientes. Con lo anterior no se pretende decir que una finalidad de la medicina es terminar con la vida de los pacientes, sino poner en evidencia que, cuando la muerte representa un beneficio para el paciente, quien la solicita, aceptar dicha petición está justificado como un fin de la medicina.

SEXTA.- Al contrario de la creencia de que la eutanasia implica abandonar a los pacientes incurables, con esta práctica se toman en cuenta los intereses y deseos del paciente a la hora de morir, se escucha al paciente y se le otorga un valor a la decisión de morir de manera anticipada, pues si se desecha dicha petición por considerar que el paciente que la pide es incompetente o incapaz, se estaría poniendo al paciente en un lugar en el que sólo le tocaría esperar a que alguien más decida cuándo y cómo será su muerte. El paciente pasa de ser una persona capaz e independiente a ser incapaz y dependiente del sistema sanitario, en particular, y del Estado, en general, en lo relativo a su proceso de morir. No permitir la eutanasia representa considerar al paciente como deficiente mental por solicitar la eutanasia o pedir que el médico le prescriba

medicamentos con los que se pueda suicidar. Ignorar al paciente que pide asistencia médica en el suicidio, provoca que el paciente se suicide solo, hecho que no siempre llega a consumarse de manera digna. Es por ello que se dice que la eutanasia reivindica los derechos del enfermo, así como su autonomía y dignidad.

SEPTIMA.- Del mismo modo, la eutanasia refuerza la confianza del paciente en el médico. Un paciente que no confía en su médico, que no ha obtenido de él la información necesaria para tomar una decisión, sería incapaz de realizarle una petición de eutanasia, pues dicha decisión, que implica sentimientos enraizados en el paciente, no se pediría a cualquier médico, sino a aquél en el que se tiene confianza. De este modo, es falsa la creencia que señala que al permitir la regulación de la eutanasia se abren las puertas de la muerte y se incita a los médicos a matar a sus pacientes. Si el paciente no confía en su médico, ¿cómo podrá permitir que éste asista su muerte?

OCTAVA.- La permisión de la eutanasia va más allá de eximir al médico que la práctica, implica que los médicos actúen conforme a la propuesta plasmada en el capítulo final de esta tesis, para que la confianza en los médicos y la medicina, no se vuelva endeble.

NOVENA.- La aplicación de eutanasia activa obliga al personal médico a prepararse más, y a ser más cuidadoso con sus acciones, a dar mejores diagnósticos en tanto será objeto de revisión permanente y deberá confirmar sus diagnósticos con otros colegas que le ayuden a reflexionar sobre su consideraciones, esto no sólo será benéfico para el enfermo, sino que también disminuirá los gastos en salud tanto de las instituciones como de aquellos quienes acompañan al enfermo.

DECIMA.- Lo que se trató de evidenciar, es que tanto la eutanasia pasiva como la eutanasia activa y con ésta el suicidio médicamente asistido, no son contradictorios entre sí, y pueden formar parte de una legislación como la Ley General de Salud, que contemple la libertad. En el caso particular de esta Ley, lo que contiene es la permisión sólo del tipo pasivo de la eutanasia, negando a los pacientes la posibilidad de determinar su proceso de morir mediante otras opciones. Asimismo, el hecho de no reconocerla eutanasia activa voluntaria, implica una contradicción flagrante contra los derechos del paciente, y a la vez, contra los principios morales a los que se ha aludido, esto es, al respeto por la autonomía, la no maleficencia y la beneficencia.

DECIMA PRIMERA.- La prohibición que hace la Ley General de Salud con respecto a la eutanasia, es equívoca puesto que asume que homicidio consentido y eutanasia activa voluntaria son sinónimos, sin embargo no lo son. El homicidio consentido es un concepto amplio que se encuentra definido en el Código Penal Federal como el acto de matar a un sujeto mediante su consentimiento, mientras que la eutanasia activa voluntaria, implica el acto de asistir activamente la muerte de un paciente por parte del médico, a petición del primero, cuando la muerte represente un beneficio para el paciente y haya perdido las condiciones mínimas de calidad de vida como consecuencia de una enfermedad terminal.

El delito de homicidio consentido lo puede cometer cualquier persona, sin importar que sea un médico o no, además, quien muere puede ser una persona cualquiera, pues no se requiere que tenga una enfermedad terminal ni que la muerte le represente un beneficio en lugar de un daño. En cuanto a la eutanasia activa voluntaria, se presenta como un tratamiento que inexcusablemente puede proporcionar un médico a un paciente con alguna enfermedad terminal, y sólo como opción última. Por tal motivo, es errónea la disposición de la Ley que

prohíbe la eutanasia activa voluntaria, puesto que la considera como homicidio consentido y no lo es.

DECIMA SEGUNDA.- La eutanasia activa voluntaria, no implica ejercer coacción en los médicos para que la practiquen en los pacientes que la soliciten, pues se les reconoce el derecho de objetar en conciencia. Una regulación que contemple la eutanasia, no debe contener disposiciones que obliguen a los médicos a actuar en contra de los dictados de su conciencia, si no establecer alternativas para que, tanto médicos como pacientes, puedan llevar a cabo sus planes dentro del sistema hospitalario. Dichas alternativas constituyen los requisitos para objetar en conciencia, mencionados en la última parte del capítulo cuarto. El médico que objeta en conciencia, debe justificar su negativa a asistir la muerte del paciente que le solicita la eutanasia, de lo contrario, con su actuación vulneraría la autonomía del paciente, además de que actuaría de manera maleficente.

DECIMA TERCERA.- El Estado democrático tiene como función principal, garantizar el cumplimiento de los derechos fundamentales de los individuos, por tanto, no puede influir en sus decisiones, ni castigar o prohibir sus peticiones en relación al modo de morir. El derecho de los pacientes a elegir libremente la asistencia activa en la muerte es más importante que el interés del Estado por mantenerlo con vida.

Cuando el individuo no causa un daño a terceros con su conducta, está prohibido para el Estado intervenir en sus decisiones. Sobre su persona y sobre sí mismo, “el individuo es soberano”.

DECIMA CUARTA.- La penalización de la eutanasia activa voluntaria, tal como se ha alegado al inicio del capítulo cinco, no es coherente con los fines de la

pena. Lo que se pretende con la punibilidad de las conductas consideradas como delito es evitar causar un mal menor del que se intenta prevenir, protegerá la sociedad y re-socializar al individuo, en este sentido, no está claro cómo se protege a la sociedad, ni cómo se re-socializa a un enfermo terminal que a causa de su enfermedad ha determinado que la vida ya no representa un bien valioso, tal como lo sería en su situación que le permitieran morir. Tampoco está clara la justificación de las penas cuando se causa un daño a los pacientes obligándoles a vivir una atroz agonía mediante el mantenimiento de leyes que no permiten disponer de la vida.

En consecuencia, cuando los médicos actúan siguiendo las peticiones autónomas de los pacientes referentes a la eutanasia activa voluntaria, con base en la idea de que se le está causando un bien al paciente, no hay razón de que se les castigue con una penalización, como lo es la estipulada por el Código Penal en lo relativo al homicidio consentido.

Si los médicos están convencidos de que el paciente tiene derecho a lo que pide, a la asistencia activa en la muerte, considerarán necesario desobedecer las leyes que prohíben la ayuda al morir, pues saben que con su acto no están actuando incorrectamente, por tanto, asumen que su conducta está justificada.

DÉCIMA QUINTA.- El aspecto negativo de la eutanasia activa voluntaria está constituido porque se cree que es incorrecto matar, no ocurre lo mismo con la eutanasia pasiva, pues se cree que es correcto dejar morir. Sin embargo, no existe relevancia moral entre matar y dejar morir, razón por la cual es menester realizar un cambio en los paradigmas moral y jurídico para terminar con la incoherencia entre el derecho a determinar que se deje morir y la prohibición a determinar que se pueda acortar la vida de manera activa, siendo las circunstancias iguales. Existe una contradicción real dentro del sistema jurídico,

paralela a los juicios morales, entre permitir que a un paciente se le deje morir pasivamente, y asistir de forma activa la muerte de dicho paciente. Como se vio en el capítulo anterior, matar y dejar morir no son relevantes, lo importante es la justificación que se dé de alguno de los dos. Si bien, es ***prima facie incorrecto matar***, habrá ocasiones en que este acto esté justificado. Esas ocasiones, son las que son producto de una decisión tomada por el paciente terminal.

BIBLIOGRAFÍA

ÁLVAREZ del Río, Asunción, *Práctica y ética de la eutanasia*, México, Fondo de Cultura Económica, 2005.

AMUCHATEGUI Requena, Griselda, *Derecho penal*, 4ta. ed., México, Oxford University Press, 2012.

- ANSUATÉGUI Roig, Francisco Javier (coord.), Problemas de eutanasia, Madrid, Dykinson: Instituto de Derecho Humanos Bartolomé de las Casas, Universidad Carlos III de Madrid, 1999.
- ATIENZA, Manuel, Bioética, derecho y argumentación, Colombia, Temis, 2004.
- BEHAR, Daniel, Cuando la vida ya no es vida ¿eutanasia?, México, Pax, 2007
- CANO Valle, Fernando, Díaz Aranda, Enrique y Maldonado de Lizalde, Eugenia (coords.), Eutanasia. aspectos jurídico, filosóficos, médicos y religiosos, México, Instituto de Investigaciones Jurídicas-UNAM, 2005
- DURKHEIM, Emile, El suicidio, trad. de Lucila Gibaja, México, Tomo, 2004.
- DWORKIN, Gerald, Frey, R.G y Bok, Sissela (coords.) La eutanasia y el auxilio médico al suicidio, trad. de Carmen Francí Ventosa, España, Cambridge University Press, 2000.
- DWORKIN, Ronald, El dominio de la vida. Una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual, trad. de Ricardo Caracciolo y Víctor Ferreres, España, Ariel, 1998.
- GRACIA, Diego (ed.), Morir con dignidad: dilemas éticos en el final de la vida, Madrid, Fundación Ciencias de la Salud, Doce Calles, 1996.
- JIMÉNEZ de Asúa, Luis, Libertad de amar y derecho a morir, 7ma. ed., Argentina, Depalma, 1992.
- JUANATEY Dorado, Carmen, El derecho y la muerte voluntaria, México, Fontamara, 2004.
- KEOWN, John, (comp.) La eutanasia examinada: Perspectivas éticas, clínicas y legales, México, FCE., 2004
- KRAUS, Arnoldo y Asunción Álvarez, La eutanasia, México, Tercer Milenio, 1998,
- NINO, Carlos Santiago, Ética y derechos humanos. Un ensayo de fundamentación. 2da. ed., Argentina, Editorial Astrea, 2005.
- PÉREZ Valera, Víctor M., Eutanasia, ¿Piedad? ¿Delito?, México, Universidad Iberoamericana- Noriega Editores, 2003.

LEGISLACIÓN

- Ley General de Salud
- Código Penal para el Distrito Federal vigente
- Ley de Voluntad anticipada para el Distrito Federal

BIBLIOGRAFÍA EN LÍNEA

- Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente, [en línea] portal España, <http://www.eutanasia.ws/finalidad.html>
- “Declaración de los derechos del hombre y del ciudadano, 1789”, Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos [en línea] portal Instituto de Investigaciones Jurídicas, Universidad Nacional Autónoma de México, <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derhum/cont/30/pr/pr23.pdf> [última
- “Eutanasia: hacia una muerte digna” [en línea] portal Foro Consultivo Científico y Tecnológico, 2008, p. 113, http://www.foroconsultivo.org.mx/libros_editados/eutanasia.pdf
- Órgano del gobierno del Distrito Federal. “Decreto por el que se expide el reglamento de la ley de la voluntad anticipada para el Distrito Federal” [en línea]Gaceta Oficial del Distrito Federal, 4 de abril de 2008, http://www.paot.org.mx/centro/leyes/df/pdf/GODF/GODF_04_04_2008.pdf