

878509

1
27

UNIVERSIDAD NUEVO MUNDO

**ESCUELA DE DERECHO
CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**



**EUTANASIA:
UNA LEGISLACION NECESARIA.**

**TESIS
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN DERECHO**

PRESENTA

CECILIA CAJIGA CASTILLO

DIRECTOR DE TESIS: LIC. MANUEL FAGOAGA RAMIREZ

MEXICO, D.F.

1996

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

EL ESFUERZO QUE SIGNIFICO ESTE TRABAJO LO DEDICO A MIS ABUELOS Y A MIS PADRES POR SU CARIÑO Y APOYO INCONDICIONALES, SIN LOS CUALES NADA DE ESTO HABRIA SIDO POSIBLE. LOS QUIERO MUCHO.

A ENRIQUE POR SU AMOR Y COMPRESION. TE AMO.

A KAREN QUIEN FUE PARTE IMPORTANTE EN MI VIDA COMO ESTUDIANTE; GRACIAS HIJA, PORQUE AUNQUE NO TE DISTE CUENTA, FUISTE MUY PACIENTE. TODO LO QUE SOY ES POR TI.

A GUTY. DONDE QUIERA QUE ESTES.

Ayudar a morir a una persona es probablemente la prueba más dura por la que tenga que pasar la conciencia individual del ser humano. A muchos de nosotros el asesinato, el suicidio o el genocidio nos escandaliza y nos subleva. Pero cuando alguien a quien conocemos suplica desesperada y justificadamente que le ayuden a morir, ¿quién de nosotros se atreve a responder? Si en estas circunstancias, ayudamos a acelerar su muerte ¿somos crueles o humanos?

ÍNDICE

Introducción

Capítulo I ASPECTOS GENERALES

1.1 La Eutanasia

1.1.1 Concepto de Eutanasia

1.1.2 Tipos de Eutanasia

1.1.3 Una nueva terminología

1.2 Perspectiva Histórica

1.2.1 Grecia y Roma

1.2.2 El Cristianismo

1.2.3 El Renacimiento

1.2.4 El siglo XIX hasta 1940

1.2.5 La Eutanasia Nazi 1935 - 1945

1.3 Eutanasia y Religión

1.3.1 Cristianos

1.3.2 Judíos

1.3.3 Anglicanos, Episcopistas,
Metodistas, Hindúes

1.3.4 Testigos de Jehová

1.3.5 Conclusiones

Capítulo II LA MUERTE

2.1 Muerte Cerebral, Muerte Clínica
y Muerte Legal

2.2 Diferencias entre Coma y Muerte Cerebral

- 2.3 Problemas que se presentan con el diagnóstico de la Muerte Cerebral
- 2.4 El caso de Karen Ann Quinlan

Capítulo III LEGISLACIÓN

- 3.1 Criterios de Legislación
 - 3.1.1 Criterio de Severidad
 - 3.1.2 Criterio Atenuante
 - 3.1.3 Criterio de Impunidad
- 3.2 Tipificación Jurídica de la Eutanasia en algunos países. Derecho Comparado.
 - 3.2.1 Inglaterra
 - 3.2.2 Estados Unidos
 - 3.2.3 Países Escandinavos
 - 3.2.4 Países Latinoamericanos
 - 3.2.5 España
 - 3.2.6 Suiza
 - 3.2.7 Holanda
 - 3.2.8 Alemania
- 3.3 El Consentimiento. ¿Quién debe decidir?
 - 3.3.1 Los médicos
 - 3.3.2 Los familiares
 - 3.3.3 El paciente
 - 3.3.4 El Consentimiento y la Eutanasia
- 3.4 Eutanasia Voluntaria y *The Living Will*: Testamento Vivo
- 3.5 Legislación y Antecedentes en México

**Capítulo IV LA NECESIDAD DE LEGISLAR SOBRE
LA EUTANASIA**

**4.1 Implementando un Proyecto de Ley
para la legalización de la Eutanasia**

**4.2 Análisis de las principales objeciones
para la legalización de la Eutanasia**

Conclusiones

Bibliografía

INTRODUCCIÓN

Al igual que el hombre tiene derecho a una vida también tiene derecho a una muerte, una muerte humana; la cual en los últimos tiempos la medicina se ha encargado de despersonalizar; ya que lo único importante para los médicos es salvar la vida de sus pacientes.

Desde tiempos hipocráticos la no vida, es decir, la muerte quedó excluida de las actividades médicas. Es por ello que los médicos se sienten con el deber de mantener a sus pacientes vivos a toda costa.

Para Hipócrates el arte de la medicina consistía en tener la habilidad de "ayudar a la naturaleza"; sin embargo, con muchos de los avances que ha tenido la medicina en este siglo no sólo se "ayuda a la naturaleza" para que el paciente continúe con vida y eventualmente sane sino que también ha provocado que aquellos enfermos terminales prolonguen su agonía y esto más que "ayudar a la naturaleza" es contrariarla ya que de no existir esos medios extraordinarios con los que actualmente se cuenta ese enfermo pudo morir más rápidamente y con eso abreviar su agonía.

El propósito de estos avances médicos, y en general de todos los avances de la humanidad, debiera ser el de mejorar la calidad de la existencia del hombre, no lo contrario.

El individuo rehuye al compromiso de tomar una decisión que vaya en contra de la mayoría. Como ejemplo podemos citar el uso de anticonceptivos como control de la natalidad, los cuales están condicionados en su aceptación y práctica por la cultura. Sin embargo el hombre se ha ido dando cuenta de que es necesario ese control de la natalidad si se quiere mantener una calidad de vida en la humanidad.

La terminación del embarazo es la más antigua, más común y más clandestina forma de control de la natalidad; y ninguna comunidad ha logrado un descenso en sus coeficientes de natalidad sin recurrir significativamente al aborto.

Hay muchos temas relacionados con el de la eutanasia como lo son: la eugenesia, el aborto, el trasplante de órganos, ... Y todos ellos tienen puntos en común, son prácticas frecuentes en la humanidad pero que la mayoría prefieren no tocar.

No se justifica la prolongación artificial de una vida, y es aquí donde entra el derecho a una muerte digna, una muerte natural.

La persona no estará disponiendo de su vida, simplemente estará aceptando el final.

La inaplicación o suspensión a un enfermo terminal de los medios necesarios para prolongar su vida no significa que se desee su muerte, tan sólo respetar su derecho a una muerte digna.

El derecho a una muerte digna forma parte del derecho fundamental a la vida, por lo que en el caso de enfermos terminales no hay que obstaculizar el curso de la naturaleza ni el advenimiento de una muerte natural.

Morir con dignidad no significa querer acortar la vida o acelerar la muerte, tan sólo es no aceptar el alargar una vida artificialmente.

En los casos de enfermos terminales, la aplicación de medios extraordinarios sólo constituye un encarnizamiento terapéutico. Es por ello que se hace necesaria una regulación adecuada del tema para saber hasta donde y hasta cuando se tiene la obligación de actuar.

El control de la natalidad, el aborto y la eutanasia se han convertido en problemas hoy por hoy insoslayables y en consecuencia necesitados de una normatividad jurídica precisa, para darles respuestas apropiadas a las situaciones.

Si el respeto a la vida o el derecho a la vida está cuestionado en el mundo de hoy, el derecho a morir no está menos discutido. Se trata de llegar al establecimiento de definiciones "jurídicas" sobre la muerte,

que al igual que las que se refieren a la vida, que eran "filosóficas-religiosas" son ahora "medicas".

El tan llevado y traído "derecho a morir con dignidad" debe ir más allá de la discusión sobre imponer la muerte o prolongar la vida, al hablar de él se hace referencia (o se debería hacer) también al derecho de la persona a ser asistido como tal y no sólo atención en cuanto a su vida celular como un organismo viviente únicamente. Aunque este derecho sería difícilmente exigible ya que está sometido a la voluntad de quienes lo rodean.

No deberíamos preguntarnos cuánto tiempo vivió un paciente después de un tratamiento, sino cómo vivió. Esto nos lleva a pensar en la expresión "calidad de vida"; la cual debemos entender cómo todas aquellas circunstancias que rodean al enfermo como son la propia terapia, su costo, dificultades, riesgos, posibilidades de éxito, etc. Y de esta forma no caer en una mera obstinación terapéutica.

Podríamos aceptar como moralmente lícito el que un paciente acepte, a falta de otras terapias, aún con riesgo, tratamientos más avanzados pero que se encuentran aún en fase experimental. De igual forma tenemos que aceptar como moralmente lícito el renunciar a un tratamiento que únicamente prolonga la agonía ya que la muerte es inminente.

El derecho de todo ciudadano de recibir todos los cuidados asistenciales que su vida requiera, no implica necesariamente el recurrir a todos los medios posibles para retardar su muerte. Y deberá corresponderle únicamente a él decidir hasta dónde hay que luchar.

La no utilización de medios extraordinarios no sólo debería ser permisible sino aconsejable en algunos casos; y en consecuencia conveniente su redacción legal.

CAPÍTULO I ASPECTOS GENERALES

1.1 LA EUTANASIA

1.1.1 CONCEPTO DE EUTANASIA

Para resolver el problema de ¿qué es la eutanasia? debemos en principio buscar sus raíces, las cuales encontramos en el griego *eu* - buena y *thanathos* - muerte; según el diccionario Larousse es: "La muerte sin dolor", teoría según la cual se podría acortar la vida de un enfermo incurable para que no sufra. Otra definición nos la da el diccionario de derecho que señala que es: "El homicidio por piedad o piadoso, para procurar una muerte tranquila, sin sufrimientos físicos o con el pretexto de este propósito." De la definición que en derecho se da surge otro problema que es el hecho de equipararla con el homicidio. Existe dentro del Derecho una carencia al respecto ya que no existe una legislación que reglamente su práctica sino que simplemente se le da un tratamiento análogo al del homicidio. En México no existe ninguna clase de antecedente.

Incluso a nivel mundial son pocos los países donde existen antecedentes.

Existen sociedades que apoyan su práctica, como la Sociedad de la Eutanasia fundada en el Reino Unido en 1935; en Australia, India, Estados Unidos; y en Latinoamérica sólo encontramos una en Colombia.

Un tercer problema está en el aspecto moral de la situación ya que al ser la vida lo más importante para el hombre es lo último que desea perder, es un derecho reconocido universalmente y del que nadie lo puede privar; pero también la libertad es un derecho del hombre que le permite elegir, dándole con esto la oportunidad de escoger entre la agonía dolorosa o la muerte.

Son tantos los aspectos afectados con la práctica de la eutanasia como materias que tratan el tema. Así, la medicina lo trata desde el punto de vista de salvar la vida del paciente, el Derecho por todas las situaciones jurídicas que se desencadenan alrededor de las personas y las consecuencias que provoca la muerte de la persona, la religión que trata principalmente el aspecto moral... Sin embargo ninguna le ha dado una verdadera solución y un verdadero tratamiento al problema de la eutanasia.

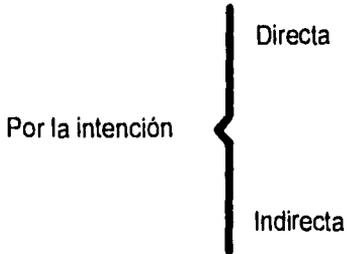
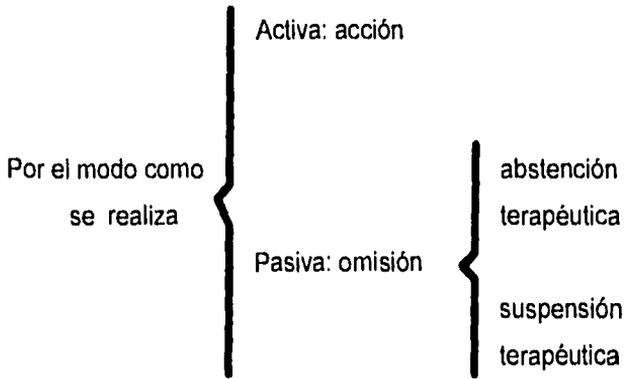
La materia que más nos interesa en este momento es el Derecho ya que lo que se pretende es que se legisle al respecto, ya que en algunos países, como Colombia y Uruguay en Latinoamérica, se le da un tratamiento especial, mientras que en otros, como México, su práctica es equiparada al homicidio.

Lo que se pretende es lograr que se haga un estudio profundo de las diferentes situaciones en que puede encontrarse una persona al enfrentarse con una agonía dolorosa e incluso con una vida artificialmente sostenida y permitir que sea ella quién decida su situación.

1.1.2 TIPOS DE EUTANASIA

Para comprender mejor el tema de la eutanasia es conveniente distinguir los diferentes tipos de eutanasia que existen. Para ello nos auxiliaremos de un cuadro sinóptico en el que se encuentra clasificada según el modo como se realiza, por la intención y por la voluntad del paciente.

CLASIFICACIÓN DE LA EUTANASIA



I.- Por el modo como se realiza

- a) Activa: También llamada positiva y la cual consiste en ponerle fin a la propia vida o ayudar a otra persona a morir a través de medios extraordinarios, es decir, con el auxilio de métodos externos.

Se da cuando se produce una acción encaminada sin más a procurar la muerte de la persona.

- b) Pasiva o Negativa: En este caso se permite que una persona con una enfermedad irreversible muera sin que impongan medios extraordinarios para alargarle la vida.

Es la omisión planificada de los cuidados que probablemente le hubieran prolongado la vida al enfermo.

Puede revestir dos formas:

- abstención terapéutica
- suspensión terapéutica

En este tipo de eutanasia lo pasivo no significa completa y absoluta inactividad o abandono total del enfermo sino únicamente ayudar a morir humanamente a la persona.

En esta parte podríamos señalar tres tipos de omisión:

*Dolosa: existe un propósito deliberado de hacer daño.

*Culposa: conlleva el no actuar, descuido, imprudencia o impericia, hasta cierto punto imputable al sujeto que la comete.

*Juiciosa: no existe ningún mal en la omisión, o al menos ésta en relación con la acción es un mal menor; no existe obligación de actuar.

De acuerdo a esto último podemos concluir con que en el caso de la eutanasia pasiva hablamos de una omisión juiciosa.

II.- Por la intención:

- a) Directa: se provoca deliberadamente la muerte, esa es la finalidad.
- b) Indirecta: la muerte resulta como efecto secundario no pretendido en sí.

III.- Por la voluntad del paciente:

- a) Voluntaria: se realiza a petición de la víctima. Con su consentimiento.
- b) No voluntaria : es la eutanasia impuesta. En contra o sin contar con la decisión del enfermo.

1.1.3 UNA NUEVA TERMINOLOGÍA

La deontología médica y la moral reprobaban la eutanasia activa y directa; sea ésta voluntaria o no. En cambio, admiten como moralmente válidas la eutanasia pasiva y la indirecta. Es por esto que se han creado una serie de nuevos términos para distinguir así cada uno de los casos.

Así tenemos los siguientes términos:

Eutanasia: su significado queda reducido a la eutanasia activa y directa de la división clásica.

Distanasia: *dis*-dificultad, obstáculo; *thanatos*- muerte. Caracteriza la muerte dolorosa, la agonía prolongada. La muerte en medio de sufrimientos físicos y morales. Práctica que tiende a alejar lo más posible el momento de la muerte, prolongando la vida del enfermo y utilizando para ello no sólo medios ordinarios sino extraordinarios. Se le ha llamado "encarnizamiento terapéutico".¹

Adistanasia: Con las mismas raíces que el anterior pero con el prefijo "a" que es privativo de, o sea, no poner obstáculos a la muerte ya inminente. Consiste en dejar de proporcionar al enfermo los medios que sólo conducirían a retrasar la muerte ya inminente. Lo que en la clasificación clásica correspondería a la eutanasia pasiva. En moral comienza a tener aceptación tanto el nombre como el hecho de la adistanasia; pero no ha pasado lo mismo en el ámbito jurídico. Las grandes controversias que suscitó en Estados Unidos el caso de Karen Quinlan es una prueba de ello.²

Ortotanasia: *ortos*-recto. *thanatos*-muerte. Colocada entre los extremos de la eutanasia y la distanasia (como sustituto de la palabra adistanasia). No es provocar la muerte, sino no prolongar la vida

¹ Vid *infra* Capítulo II. La Muerte.

² Vid *infra* 2.4 El caso de Karen Ann Quinlan.

artificialmente a través de los mecanismos que permiten los avances de la técnica y la ciencia médicas. Aunque la ortotanasia incluiría los casos lícitos de eutanasia indirecta en que aliviar el dolor puede acortar la vida. Gonzalo Higuera la define como aquella postura que "tiende a conocer y respetar el momento natural de la muerte de cada hombre y sus concretas circunstancias, sin querer adelantarlo para no incidir en la eutanasia reprobable, ni tampoco prolongar artificialmente cualquier tipo de vida con medios improporcionados, para no caer en el extremo opuesto de una distanasia."

De las definiciones podemos destacar algunos elementos esenciales para hablar de eutanasia en sentido estricto.

1.- Debe tratarse de pacientes en estado agónico (si se trata de enfermos que no estén a punto de morir se hablará sólo de eutanasia en sentido amplio). No importa la edad.

2.- Motivo de misericordia, piedad o compasión ante los terribles dolores o sufrimientos del enfermo; o ante su precaria situación (coma).

Junto con todos estos nuevos términos surge también una nueva ciencia.

A fines de la década de los '50 nace la **tanatología** que es el estudio de la muerte. Ella trata de investigar las etapas por las que

pasa el moribundo, y que a grandes rasgos se puede decir que son siete: choque, negación, cólera, depresión, regateo, aceptación y decatexis.³

Choque: es la sorpresa "¿Yo?"

Negación: no se acepta "No, yo no"

Cólera: reacción de ira "¿Porqué yo?"

Depresión: generalmente la más larga.

Regateo: se hacen pactos, promesas, juramentos
tanto con Dios como con uno mismo.

Aceptación: el moribundo entra en una zona de paz.

Decatexis: etapa final.

No necesariamente todos pasan por todas y cada una de estas etapas en el mismo orden, ni de la misma manera.

1.2 PERSPECTIVA HISTÓRICA

La muerte es a veces un castigo, a menudo un don y para muchos un favor.

Séneca.

Desde que el hombre es hombre y ha tenido que enfrentarse a las enfermedades ha estado presente en su vida la eutanasia; la cual ha tenido defensores desde tiempos remotos.

³ Los griegos consideraban que el moribundo pasaba por diez estadios; el último, decatexis (déclimo estadio), sería el final de la agonía. Así se conservó el nombre griego aunque en realidad sea el séptimo estadio.

Los **griegos** aceptaban el término de eutanasia, para ellos el significado era una buena muerte (*eu*-buena, *thanathos*- muerte). Inclusive, en Atenas los magistrados disponían de un veneno (cicuta) para aquellos que deseaban morir, el único requisito era que expusieran sus motivos y así obtener un permiso oficial para quitarse la vida. Sócrates y Platón opinaban que una enfermedad dolorosa era una buena razón para dejar de vivir. Platón, en el III libro de "La República" patrocinó el homicidio de los ancianos, de los débiles y de los enfermos. Los estoicos por su parte, aceptaban la práctica de la eutanasia como una alternativa cuando la vida ya no era natural, cuando existían graves dolores y hasta por anomalías físicas. En contraposición a los anteriores encontramos grupos como los pitagóricos y aristotélicos los cuales condenaban su práctica.

En **Roma** al igual que en Grecia se apoyaba la práctica de la eutanasia y sólo se penaba el suicidio irracional. El hedonismo de la filosofía epicúrea, tan difundida en el Imperio Romano influyó mucho en las prácticas eutanásicas.

En el Libro IX de las Leyes no sólo se habla de la eutanasia involuntaria, sino del suicidio eutanásico en sentido amplio, el cual Platón parece justificar al distinguirlo del suicidio por debilidad o cobardía, para el que sí establece graves penas.

Incluso se practicaba la eutanasia eugenésica ya que los niños deformes eran abandonados. La eutanasia neonatal estaba autorizada legalmente en Roma (el padre podía matar, al nacer, al hijo gravemente deforma. Ley IV de las Doce Tablas).

Plinio llega a discutir las enfermedades por las que los físicos podían dar muerte a una persona.

Sin embargo, el **Cristianismo**, vino a perjudicar al estoicismo ya que prohibía terminantemente el suicidio. El hombre se lo debía todo a Dios y a pesar de que sufriera no podía quitarse la vida; era voluntad de Dios que sufriera y sólo Él podía decidir el momento en que dejaría de sufrir ya fuera dándole alivio o la muerte. San Agustín comparó la eutanasia con el suicidio y describió a este último como detestable y abominable, sus argumentos fueron que era contrario al 6o. Mandamiento (no matarás), además de que Dios es quien otorga la vida y los sufrimientos, y por lo tanto, se tenían que soportar. Por su parte, Santo Tomás de Aquino opinaba que no sólo era pecaminoso, el suicidio por violar el 6o. Mandamiento, sino que era el más peligroso de los pecados ya que no había tiempo para el arrepentimiento.⁴

En el s. XIV, con el **Renacimiento**, el pensamiento del hombre cambia; se reafirman los valores griegos y romanos, el racionalismo empieza a desplazar el sentimiento religioso con lo que se deja de

⁴ Vid *intra* 1.3 Eutanasia y Religión.

considerar al suicidio como un pecado; aunque la Iglesia seguía condenando su práctica.

Montaigne sostenía que la habilidad y dignidad del hombre para valorarse a sí mismo hacían que el suicidio estuviera justificado. El Renacimiento reforzó el concepto humanitario que el hombre tenía de sí mismo y contribuye al descubrimiento científico de nuevos métodos para el tratamiento de enfermedades.

El país ideal que presenta Tomás Moro en la "Utopía" se regula por medios eutanásicos.

A principios del s. XIX Carl F. H. Marx criticó a los médicos que trataban enfermedades en lugar de pacientes. Marx insistió en lo siguiente: "No se espera de los médicos que dispongan de remedios contra la muerte, sino que tengan el saber necesario para aliviar los sufrimientos y que sepan aplicarlo cuando ya no haya esperanza." Schopenhauer por su parte señalaba que: "Cuando el terror de vivir es más espantoso que el de morir es normal que el hombre ponga fin a su vida."

Existen personas que apoyan el "suicidio racional" de personas que sopesando los pros y los contras de su vida deciden deliberadamente que la muerte es preferible a la vida, como el psiquiatra y filósofo alemán Alfred Hoche.

A principios del s. **XX** diferentes países se empiezan a pronunciar en favor de la legalización de la eutanasia como medio para evitar el sufrimiento de las personas con enfermedades irreversibles y terminales. Alrededor de 1906 en Ohio, Estados Unidos se presentó un proyecto de ley sobre eutanasia a su legislatura, el cual fue enviado al Comité de Jurisprudencia Médica y fue rechazado por setenta y ocho votos contra veintidós. Sin embargo, el hecho de que recibiera casi el 25% de los votos significaba que era algo que preocupaba a la opinión pública.⁵

Al correr el tiempo y bajo la tiranía **Nazi** entre **1935** y **1945**, en nombre de la ciencia se llevaron a cabo crueles experimentos con la vida humana, que causaron infinitas agonías sin que ello proporcionara a la ciencia médica descubrimientos significativos. En un principio Hitler impuso la esterilización de personas con enfermedades hereditarias sin que interviniera la voluntad de estas. Tanto a médicos como a enfermeras se les impartía enseñanzas sobre eugenesia con lo cual se pretendía una higiene racial. Hitler firmó un decreto el cual decía: "El jefe del Reich Bouhier y el Dr. Brandt son los encargados de conceder, a médicos que nombrarán, la autorización necesaria para poner fin a la vida de los pacientes que, según su leal saber y entender, sean considerados incurables previa exploración de su estado de salud dándoles una muerte piadosa"⁶. Dichos pacientes realmente eran enviados a campos de exterminio donde no tenían ninguna posibilidad

⁵ *Vid Intra* 3.2.2 Estados Unidos.

⁶ Littel, Franklin H. The German Church Struggle and the Holocaust Wayne State University Detroit 1974. E U A.

para salvarse; ni ellos ni sus familiares podían luchar para evitar lo que sucedería. No se tiene constancia de que los nazis colaboraran en la muerte de ningún enfermo con dolores incurables o en fases terminales; por el contrario, lo que realmente organizaban eran masacres en contra de la voluntad de las víctimas las cuales iban desde aquellas que padecían malformaciones congénitas hasta los retrasados mentales o meros neuróticos susceptibles de tratamiento. Y fue a esto a lo que los nazis llamaron "muertes piadosas".

"Eutanasia fue para los nazis una palabra que utilizaron como código y un eufemismo para camuflar un programa de exterminio masivo para asesinar personas de diversa condición consideradas como 'inferiores' desde el punto de vista racial, es decir, minusválidos, dementes, seniles, etc."⁷

1.3 EUTANASIA Y RELIGIÓN

Antes de introducirnos al aspecto que se tratará en esta parte es conveniente recordar los tipos de eutanasia que existen y que son principalmente dos: eutanasia activa y pasiva.⁸

La mayoría de los grupos **crístianos** no se oponen a la segunda sin embargo si condenan la práctica de la primera asemejándola al suicidio o al homicidio.

⁷ *Idem.*

⁸ *Vid supra* Clasificación de la Eutanasia en 1.1.2 Tipos de Eutanasia.

"La Iglesia católica Romana nunca ha evitado la delicada cuestión de la eutanasia...en 1980 el Vaticano hizo la siguiente declaración sobre la eutanasia:

- 1.- Nadie puede atentar contra la vida de una persona inocente sin oponerse al amor de Dios por esa persona.
- 2.- Todo ser humano tiene el deber de vivir de acuerdo con los designios de Dios.
- 3.- Causar intencionalmente la propia muerte, suicidarse, es por lo tanto, una acción comparable al asesinato, y se considera como un rechazo a la soberanía y el amor de Dios."

El Concilio de Braga de 563 d.C. condenó el suicidio haciendo alusión al 6o. Mandamiento: No matarás. San Agustín por su parte compara la eutanasia con el suicidio y la condena.⁹ Afirmaba que la vida es un don de Dios y que el nombre no podía traccionarlo. Santo Tomás de Aquino apoyó las ideas de San Agustín y las reforzó diciendo que era un pecado mortal en el cual ni siquiera cabía el arrepentimiento; reprobaba el suicidio con tres argumentos: a) va en contra del amor del hombre, b) va en contra de la sociedad y c) va en contra del amor de Dios.

⁹ *Vid supra* 1.2 Perspectiva Histórica.

La Iglesia Católica, a pesar de condenar el suicidio y el homicidio en todas sus formas y de escandalizarse ante las prácticas eutanásicas, durante la Edad Media quemó vivos a los herejes con la convicción de arrancarles, a través del "fuego purificador", de las garras del demonio; y no abrigaba la menor duda sobre la "piedad cristiana" de sus actos.

El caso de los **judíos** es muy singular ya que aceptan la eutanasia pasiva pero sólo bajo condiciones cuidadosamente analizadas como que la muerte del paciente sea el resultado imprevisto de algún medicamento que se le proporcionó para evitar los dolores; o como consecuencia de suspender el tratamiento. Sin embargo, los judíos al igual que Santo Tomás de Aquino consideran al suicidio como un pecado en el cual no cabe el arrepentimiento lo que lo hace incluso más grave que el asesinato, por lo tanto, la eutanasia activa (voluntaria o involuntaria) está prohibida.

Existen grupos religiosos que aceptan al eutanasia activa siempre y cuando se pueda justificar, entre estos grupos están los **anglicano, episcopalistas, metodistas, hindúes**. Estos grupos confían en la elección y conciencia personales y es por ello que también apoyan la práctica de la eutanasia activa.

Los **testigos de Jehová** rechazan la eutanasia activa, pero no se oponen a la pasiva cuando se requieren de medios extraordinarios. Sin

embargo, lo peculiar en este caso es lo que ellos consideran medios extraordinarios. Lo que para otros pudieran ser medios ordinarios como las transfusiones de sangre o las inyecciones intravenosas no lo son para los seguidores de esta religión.

Como conclusión podríamos decir que el motivo por el cual a muchas religiones les resulta fácil aceptar la eutanasia pasiva y no así la activa, es porque la primera es natural y corresponde a los designios de Dios mientras que la segunda es comparada al suicidio y al homicidio y por lo tanto considerada como un grave pecado. Asimismo podemos concluir que el motivo por el cual mucha gente se opone a la legalización de la eutanasia es por el aspecto religioso que guía sus vidas, y que sin embargo no cuestionan muchos de los actos que sus propias Iglesias realizan en nombre de la religión y que son más cuestionables que el mismo hecho de la eutanasia; como podría ser la quema de herejes durante la Edad Media para purificar sus almas.

CAPÍTULO II LA MUERTE

2.1 MUERTE CEREBRAL, MUERTE CLÍNICA Y MUERTE LEGAL

La primera definición científica fue dada por Javier Bichat quien dijo que la muerte era la detención funcional del sistema nervioso central, de la respiración y de la circulación; esto hacia finales del s. XVIII.

Con el descubrimiento del fonendoscopio (aparato similar al estetoscopio) que permitía la auscultación del tórax y sus órganos se origina el aforismo "el corazón es el primero que vive y el último que muere", y la auscultación de ruidos cardíacos vino a ser tácitamente aceptado como sinónimo de vida.

Durante años, la convicción de que la vida había cesado de manera irreversible estaba basada en la observación de dos elementos que evidencian la vida: la respiración y la circulación observable por la auscultación. Este antiguo criterio es lo que se conoce como muerte clínica.

En los últimos cien años la muerte ha sido derrotada constantemente: la vida media del hombre ha aumentado. ¿Cuáles son las causas de la prolongación de la vida del hombre de hoy? A partir de mediados del s. XIX se descubre la etiología (causa) de las enfermedades infecciosas y se desarrolla la lucha contra ellas; la anestesia y la asepsia hacen posible el avance de la cirugía; el descubrimiento de hormonas y vitaminas, el avance de la química orgánica (medicinas). Pero hay que recordar que en la guerra entre la vida y la muerte la última batalla siempre la gana la muerte; no se puede uno aferrar a ganarle siempre y esta lucha se convierte en un encarnizamiento terapéutico.

Sin embargo debido a todos estos avances en cuanto a cuidados intensivos y procedimientos de resucitación se ha planteado un nuevo problema: el de redefinir la muerte. Es de trascendental importancia conocer y precisar el diagnóstico de muerte, y sobre todo a partir de que momento puede considerarse a un individuo muerto, ya que esto tiene amplias repercusiones en la legislación de los trasplantes de órganos, en la imputación de la muerte ocasionada por lesiones y en el tema de la eutanasia.¹⁰

Por primera vez en la historia de la medicina, un médico puede ser incapaz de diagnosticar la muerte de un paciente; ya que a través de medios artificiales, se puede mantener la vida biológica: respiración, circulación y nutrición, por meses y años, en personas descerebradas.

¹⁰ *Vid infra* 3.5 Legislación y Antecedentes en México.

Para esto hay que establecer cuáles son los órganos insustituibles, cuya inactividad permanente hacen a una persona totalmente incapaz de percibir el medio y actuar, de nutrirse y de pensar, en forma irreversible. Todo esto independientemente de que conserve otras funciones aunque sea en forma artificial como pueden ser la digestión; algunas secreciones hormonales y ciertos aspectos del metabolismo.

En la actualidad se acepta como válido el diagnóstico de muerte, a partir de que ha sido posible diagnosticar la aparición de la llamada muerte cerebral.

Desde finales de los años cincuenta, los autores franceses introdujeron en la literatura médica el concepto de "*coma dépassé*" (coma sobrepasado). En este evento clínico la respiración y la circulación sólo podían ser mantenidas de manera artificial, sin que existiera ninguna manifestación de vida intelectual o sensorial.¹¹

En 1966 la Academia de Medicina de Francia recomendó que los médicos debían tener la facultad para determinar la muerte cuando las funciones cerebrales cesaran aun cuando mediaran medios artificiales. Este concepto resulta revolucionario, ya que la corteza cerebral puede dejar de funcionar mucho antes que pueda producirse un electroencefalograma recto ("*FLAT EEG*"). Si las funciones de la

¹¹ *Vid infra* 2.2 Diferencias entre Coma y Muerte Cerebral.

corteza cerebral cesan, no sería posible para el individuo retornar a una condición normal, con todas sus capacidades comunicativas, ya que esa área está destinada al desarrollo del pensamiento.

A finales de los años sesenta, en Sydney, Australia, la XXII Asamblea Mundial de Medicina establece que: "La muerte es un proceso gradual a nivel celular, en el que la capacidad de los tejidos para contrarrestar la falta de oxígeno, varía". Y hace un listado de cuatro puntos para establecer un concepto de muerte cerebral:

- 1.- Falta total de respuesta a estímulos externos.
- 2.- Falta de tono muscular, especialmente respiratorio. Si el paciente está conectado a un respirador mecánico, éste se puede desconectar por tres minutos para comprobar si aquél es capaz de respirar por sí mismo. Falta de reflejos.
- 3.- Descenso de la tensión arterial.
- 4.- Electroencefalograma plano.

En el mismo año, 1968, se constituyó en la Escuela de Medicina de Harvard un comité especial para estudiar la definición de la muerte cerebral. El comité incluía médicos, teólogos, abogados y filósofos. Estableciendo cuatro criterios:

- 1.- Falta de receptibilidad y sensibilidad (ante estímulos externos e internos).

2.- Falta de movilidad o respiración (comprobable igual que en los puntos establecidos anteriormente).

3.- Falta de reflejos- pupilas fijas y dilatadas sin que exista movimiento ocular ni parpadeo; los músculos no se contraen al recibir estímulos-.

4.- Encefalograma plano durante tres minutos.

Esta prueba final es solamente confirmativa y no diagnóstica.

Estas pruebas se llevan a cabo dos veces en un intervalo de veinticuatro horas.

En 1970 el estado de Kansas, Estados Unidos de América, es el primero en formalizar una definición jurídica de muerte. El estatuto establecía dos definiciones alternativas de muerte:

"Una persona será considerada clínica y legalmente muerta si, en la opinión de un médico basada en normas corrientes de la práctica médica, hay ausencia de función espontánea respiratoria y cardiaca...Una persona será considerada clínica y legalmente muerta si en la opinión de un médico basada en normas corrientes de la práctica médica hay ausencia de función cerebral espontánea...la muerte ha de declararse antes de desconectar los medios artificiales de sustentación de las funciones

respiratoria y circulatoria, y antes de extraer cualquier órgano vital con el propósito de trasplantarlo.”.

Muchas naciones han establecido criterios sobre la muerte cerebral. A.E. Walker, en su libro “Muerte Cerebral”, presenta los criterios legales y médicos sobre la muerte cerebral en diferentes naciones. De treinta y nueve países, treinta y cinco disponen de conceptos médicos sobre la muerte cerebral, pero sólo trece cuentan con disposiciones legales reconocidas.

TABLA NÚMERO UNO

Países en los que se reconoce legalmente la muerte cerebral como la muerte de la persona:

Argentina	Checoslovaquia	Italia
Australia	España	México
Austria	Finlandia	Noruega
Canadá	Francia	Puerto Rico
Colombia	Grecia	33 estados de los E.U.A.

Paises en los que la muerte cerebral es aceptada médicamente como la muerte, pero no hay un Estatuto Legal:

Alemania	Irlanda
África del Sur	Corea del Sur
Bélgica	Nueva Zelanda
Gran Bretaña	Tailandia
Holanda	El resto de los estados
India	de los E.U.A

En China, por ejemplo, la muerte cerebral sólo se conoce en los círculos académicos, probablemente porque no se acostumbra a establecer este tipo de diagnóstico. Normalmente no se utilizan las técnicas de reanimación, de forma que si un paciente no recobra las funciones respiratorias se abandona el caso.

En Alemania se considera que un individuo está muerto cuando cesan irreversiblemente la totalidad de las funciones cerebrales, incluido el pedúnculo cerebeloso.

En México el artículo 317 de la Ley General de Salud hace referencia a la pérdida de la vida (muerte) y señala:

art. 317.- Para la certificación de la pérdida de la vida, deberá comprobarse previamente la existencia de los siguientes signos de muerte:

I.- La ausencia completa y permanente de conciencia;

II.- La ausencia permanente de respiración espontánea;

III.- La falta de percepción y respuesta a los estímulos externos;

IV.- La ausencia de los reflejos de los pares craneales y de los reflejos medulares;

V.- La atonía de todos los músculos;

VI.- El término de la regulación fisiológica de la temperatura corporal;

VII.- El paro cardíaco irreversible, y

VIII.- Las demás que establezca el reglamento correspondiente.

Y el artículo 318 de la misma ley señala hasta que momento se podrá hacer la disposición de órganos:

art. 318.- La disposición de órganos y tejidos con fines terapéuticos, podrá realizarse de cadáveres en los que se haya certificado la pérdida de la vida en los términos del artículo 317 o de aquellos en que se compruebe la persistencia por seis horas de

los signos a que se refieren las fracciones I, II, III y IV del mismo artículo, y además de las siguientes circunstancias:

I.- Electroencefalograma isoelectrico que no se modifique con estímulo alguno dentro del tiempo indicado, y

II.- Ausencia de antecedentes inmediatos de ingestión de bromuros, barbitúricos, alcohol, y otros depresores del sistema nervioso central, o hipotermia.

Si antes de ese término se presentara un paro cardiaco irreversible, se determinará de inmediato la pérdida de la vida y se expedirá el certificado correspondiente.

La certificación de muerte respectiva será expedida por dos profesionales distintos de los que integren el cuerpo técnico que intervendrá en el trasplante.

No obstante que nuestra legislación contempla la muerte cerebral como una forma de muerte, existen una gran variedad de reacciones frente a las definiciones de tipo médico y jurídico sobre la muerte, no solamente a nivel de naciones, sino también entre la opinión pública y los profesionales.

Muchos coinciden en que la muerte no es un acontecimiento, sino un proceso continuo, ya que cada parte del cuerpo muere a su tiempo. Por ejemplo, el cerebro es más vulnerable a la falta de oxígeno que el corazón.

Científicamente hay una muerte somática, la del cuerpo como un todo, y una muerte celular o histológica. Pero una y otra no coinciden: no son la misma, la muerte celular depende del tipo de tejido, pues unos son más vulnerables que otros a la falta de oxígeno. Los tejidos más vulnerables a la falta de oxígeno son los del sistema nervioso. Resulta posible restaurar los movimientos del corazón y de la respiración sin restaurar el funcionamiento del sistema nervioso central, sin embargo, pueden restaurarse algunas funciones de este sistema.

En condiciones favorables el corazón sobrevive a la interrupción del flujo sanguíneo de una a una hora y media, los riñones alrededor de dos horas y media, los pulmones de treinta a sesenta minutos, el hígado entre veinte y treinta minutos, y el cerebro a lo sumo de ocho a diez minutos. El cerebro también muere por etapas. Todo lo anterior es de considerable importancia para la disposición de órganos para trasplantes.

Con la restauración de las funciones cardíacas y respiratorias, o a través del mantenimiento artificial de una o ambas de dichas funciones, tenemos una persona "viviente"; pero en ella, ciertas células, aunque están vivas carecen de mente, sin siquiera un vestigio de voluntad.

Esto resulta altamente indeseable desde el punto de vista social, ya que la continuidad de la existencia del individuo requeriría la ayuda constante de un grupo de médicos y, además, el uso de equipos especializados. En tales condiciones es concebible que todas las camas de los hospitales llegarían a estar ocupadas por esos "seres inanimados", restando oportunidades a las personas animadas que deberían beneficiarse con el tratamiento médico.

Debemos considerar a un ser humano como muerto cuando el organismo como un todo está muerto y no cuando todo el organismo está muerto.

De acuerdo con la definición de muerte total del cerebro Karen Ann Quinlan permaneció con vida durante diez años¹². Sin embargo, sus funciones neocorticales se hallaban irreversiblemente dañadas. Aunque respiraba y el oxígeno circulaba de forma natural por su cuerpo, era incapaz de comunicarse, pensar o sentir. Una persona con el córtex cerebral destrozado y el pedúnculo cerebeloso funcionando, puede mantenerse con "vida" durante largo tiempo, gracias a las funciones cardio-respiratorias. La persona que tiene la parte superior del cerebro destrozada, pero mantiene las funciones subcorticales, puede "vivir" en estado vegetativo permanente.

Este tipo de eutanasia no sólo beneficia al propio paciente sino también al receptor, e incluso receptores, de algunos de sus órganos.

¹² *Vid infra* 2.4 El Caso de Karen Ann Quinlan.

El médico debe honrada y humildemente reconocer sus límites y los límites del hombre. La muerte no es un fracaso, sino un evento tan natural como el nacimiento. No aceptar esto nos lleva a excesos inhumanos: el encarnizamiento terapéutico.

"Una lesión grande en el cerebro, como por ejemplo una abundante hemorragia que haya dañado una parte considerable del tejido cerebral, puede dejar a una persona en estado de inconsciencia, pero capaz de una respiración mantenida por medios mecánicos mientras que la circulación sanguínea se mantiene normalmente. Sin embargo, cuando ha transcurrido un período de varios meses, durante los cuales la persona permanece inconsciente y paralizada, el problema que se plantea es de si será ética y legalmente justificable suspender el uso del pulmón. En general, y en esto estriba el problema, desconectar un respirador en tales condiciones constituye la terminación de la vida y esto, desde el punto de vista legal, es un homicidio. Sin embargo, si la persona en el pulmón artificial adquiere una neumonía, entonces se presenta otra alternativa. Puede ser ética y médicamente correcto decir que un ser humano que ya no tiene las características propias de los seres humanos, es decir, la voluntad y la capacidad de pensar y poder decidir, ha dejado de existir como persona. De aquí deducimos que sí es ilegal parar el pulmón y no es ilegal el no proporcionarle un tratamiento que podría seguir manteniendo esa vida con la administración de antibióticos u otras drogas, por ejemplo; a pesar de que tal acto de omisión podría

interpretarse legalmente como uno de los tipos de homicidio, no puede existir prueba de que la línea del tratamiento signifique la recuperación. La elección queda, pues, entre dos alternativas: la decisión de desconectar el respirador o cualquier otro aparato mecánico, lo cual es una acción; y la decisión de ya no dar más tratamiento, lo cual es una omisión. Pero aún hay más; asociada con lo que debe hacer el médico está la reacción de todas aquellas personas relacionadas con el paciente, bien sea por parentesco consanguíneo o por relaciones profesionales o de otra índole. Es bien conocido el hecho de aquellas personas que han estado en estrecho contacto durante meses y hasta por años con pacientes en tal estado, desarrollan una actitud emocional que no guarda relación objetiva con el verdadero estado del paciente. Esto plantea otro problema; debe el médico decidir si es o no su deber dejar de administrar el tratamiento subsiguiente, como él decidiría, con toda propiedad, en el caso de un cáncer avanzado, por ejemplo; si así lo hiciera, es el caso de que pueda encontrarse en la posición de ser criticado por aquellas personas que están fuertemente ligadas al paciente. Es necesario que las personas relacionadas íntimamente con el paciente en tal estado, sean asesoradas para que puedan apreciar la situación real del caso."¹³

¹³ Quiroz Cuarón, Alfonso Medicina Forense De. Porrúa S.A. México 1990

2.2 DIFERENCIAS ENTRE COMA Y MUERTE CEREBRAL

Un cerebro muerto en un cuerpo cuyo corazón está todavía latiendo es uno de los productos más macabros de la tecnología moderna.

Christopher Pallis

A la muerte cerebral también se ha dado por llamarle "coma depasse" (más allá del coma) o "coma irreversible", pero esto debe evitarse ya que existen diferencias en cada caso.

El coma se caracteriza por:

- inconsciencia
- ausencia de actividad motora espontánea y respuestas intencionales a estímulos
- presencia de actividades autonómicas incluyendo la respiración
- conservación de cantidades variables de reflejos del tronco encefálico y espinales.

El estado clínico del paciente comatoso revela que tiene una gran perturbación del sistema nervioso, pero todavía conserva algunas funciones cerebrales. El paciente comatoso es susceptible de cierto grado de recuperación potencial.

En cambio en el estado de muerte cerebral el examen muestra la ausencia de las funciones cerebrales. La muerte cerebral es para la persona "el punto sin retorno a la vida".

Con el apoyo respiratorio adecuado y un buen control de la circulación, la nutrición y el equilibrio hidrosalino, pueden estabilizarse las funciones corporales del paciente por largos períodos aún cuando su cerebro esté irremediablemente muerto.

2.3 PROBLEMAS QUE SE PRESENTAN CON EL DIAGNOSTICO DE LA MUERTE CEREBRAL

No se conoce ni un solo caso en que un paciente con diagnóstico de muerte cerebral se haya recuperado, todos los pacientes con muerte cerebral terminan finalmente en paro cardíaco por asistolia, sin embargo, su situación de "vida" se puede prolongar, como ya se señaló, con el apoyo respiratorio, circulatorio y de nutrición.

En los países donde la muerte cerebral no está legalmente reconocida como la muerte de la persona no se pueden retirar los instrumentos que la mantienen con "vida" sino hasta después de que ocurra el paro. De lo contrario se estaría cometiendo un homicidio ya que la persona está legalmente viva.

En aquellos países donde la muerte cerebral si está legalmente reconocida como la muerte de la persona se hace la declaración correspondiente y se procede a retirar los instrumentos de apoyo.

Otro problema que surge es ¿Quién debe declarar la muerte cerebral? Para evitar errores de apreciación se recomienda que una vez que el medico tratante considere al paciente muerte cerebralmente pida a un grupo de médicos ajenos al paciente su opinión. Entre estos médicos habrá un neurólogo o neurocirujano y un internista; debiendo quedar excluidos de este grupo los miembros de servicios de trasplantes de órganos.

Un aspecto más relacionado con la muerte cerebral es el trasplante de órganos.

Esto demuestra palpablemente la necesidad de disponer de normas legales ágiles que garanticen la idoneidad de quienes han de realizar el acto terapéutico (trasplante) sin que ello entrañe dificultades de índole legal.

En aquellos países donde existe un reconocimiento legal de la muerte cerebral los trasplantes pueden llevarse a cabo sin problemas ni complicaciones. Pueden realizarse antes de retirar los medios de apoyo y así mantener los órganos en condiciones ideales.

Por el contrario, en aquellos países donde no se le reconoce legalmente limita los trasplantes de órganos; ya que estos no podrán efectuarse hasta que el corazón del paciente con muerte cerebral haya dejado de latir. Si la espera después de que el corazón ha dejado de latir es prolongada los órganos finalmente obtenidos del cadáver están en una etapa tardía, cuando son funcionalmente inútiles para ser trasplantados.

El número de donantes es pequeño en relación a la demanda, creando angustia entre los pacientes que requieren de un órgano como única alternativa de vida.

Tampoco podemos ignorar los problemas económicos asociados al estado de la persona. Desconocemos el costo de mantenimiento diario de un paciente internado en la unidad de cuidados intensivos de un hospital privado del país, pero ciertamente la suma debe ser muy alta. Pagar tal elevadas cantidades para seguir simplemente prolongando los latidos del corazón en la persona con muerte cerebral hasta que llegue el inevitable paro, es una carga económica injustificable, sobre todo considerando que la familia lo hace con la esperanza de recuperación, lo cual no será posible.

En los hospitales de Asistencia y Seguridad Social en nuestro país se enfrentan al mismo desembolso de dinero en la atención de pacientes internados en las salas de cuidados intensivos; pero adicionalmente en estas instituciones existe un déficit crónico de camas

para hospitalización, de modo que mantener innecesariamente ocupada la cama por un cadáver (en los casos de muerte cerebral) en cierto modo recorta la posibilidad de poderla ofrecer a enfermos con esperanzas.

Se puede decir que la guerra es una cosa tan seria que no puede dejarse exclusivamente en manos de los generales. De modo semejante habría que decir que no se puede dejar la medicina exclusivamente en manos de los médicos.. Hoy en día la medicina exige la colaboración de numerosos expertos, entre ellos los economistas, porque en muchas ocasiones, después de una agonía prolongada durante semanas o meses, los familiares del enfermo se encuentran con una factura considerable que agrava su economía durante largo tiempo.

Sin lugar a dudas, existe una urgente necesidad de que esta sociedad trascienda incluso los niveles de la muerte biológica y la muerte cerebral, para reconocer también la muerte psicológica; esto es, la muerte de un individuo como persona consciente.

Con esta controversia en torno al problema de la vida y la muerte, y con el adelanto de la ciencia médica en la prolongación de la vida, resulta casi inevitable el resurgimiento de un interés genuino y sincero en la demanda de más libertad para escoger la eutanasia.

2.4 EL CASO DE KAREN ANN QUINLAN

*El pasado 15 de abril la joven Karen Ann Quinlan, de 21 años de edad, entraba en estado de coma. No se pudo determinar médicamente la causa de la pérdida del sentido y los ceses periódicos en la respiración. Este último síntoma causó anoxia, lo cual forzó la decisión de colocar a la joven un respirador artificial. No se pudo recoger ningún reflejo de la joven. Hubo que introducir un tubo en su vejiga y se realizó también una traqueotomía. A pesar de ser constantemente alimentada por vía intravenosa, su peso se ha reducido hasta los treinta kilos. Su cuerpo ha adoptado la posición fetal. Durante la audiencia judicial ninguno de los expertos médicos expresó la más mínima esperanza de recuperación de la joven Quinlan, cuyo estado fue calificado de *condición vegetativa persistente*.^{*14}

El 10 de noviembre del mismo año, un juez de la *Superior Court* del estado de New Jersey dictó sentencia sobre este caso presentado por los padres de la joven para que le fueran retirados los aparatos que la mantenían con "vida". La sentencia negaba la autorización.

Karen Quinlan está viva según la definición legal y médica. Sus condiciones de vida son muy precarias, su calidad de vida es descrita como de permanente estado vegetativo y las posibilidades de recuperación, remotas. Sin embargo, según los criterios existentes en

¹⁴ Resumen de una ponencia presentada en las primeras jornadas de Deontología, Derecho y Medicina en febrero de 1976.

ese momento en los Estados Unidos Karen Quinlan estaba aún viva y retirarle los aparatos constituiría un homicidio.

"Conceder la autorización solicitada tendría como resultado la muerte de Karen. Los procesos naturales de su organismo no muestran ser lo suficientemente fuertes como para sostener a Karen (viva) por sí mismos. En consecuencia, la autorización permitiría la muerte de Karen Quinlan. Y esto no es una protección. No es algo en favor de sus mejores intereses, en un sentido temporal, y es en sentido temporal como yo debo obrar, independientemente de que yo crea o no en (la existencia de) otra vida después de la muerte. La cualidad más importante y única que Karen Ann Quinlan posee es la vida. Este Juzgado no autorizará que se le quite a ésta la vida".¹⁵

¹⁵ Parte del argumento del juez en que no autoriza el retiro de los aparatos.

CAPITULO III LEGISLACION

3.1 CRITERIOS DE LEGISLACIÓN

Las legislaciones extranjeras han seguido diversos criterios respecto a la eutanasia desde el punto de vista punible.

Estos criterios los podemos agrupar en tres sistemas que son:

- a) Criterio de Severidad
- b) Criterio Atenuante
- c) Criterio de Impunidad

3.1.1 CRITERIO DE SEVERIDAD

La eutanasia es considerada como un homicidio común.

En el Derecho Penal vigente, el homicidio eutanásico es, para la mayoría de las legislaciones del mundo, punible como un homicidio común, ya que no ha sido siquiera contemplado como figura *sui generis*.

En aquellas legislaciones que no prevén específicamente el homicidio eutanásico ni el cometido con consentimiento de la víctima, la muerte eutanásica deberá ser regulada con arreglo a las normas del homicidio común, sin perjuicio de considerar, en los códigos que así lo establezcan, las condiciones personales del culpable, su peligrosidad, los móviles de su conducta y las circunstancias del hecho.

Dentro de este criterio encontramos las legislaciones de países como Francia, Bélgica, Inglaterra, Checoslovaquia, Yugoslavia, Bulgaria, Estados Unidos, México, Chile, Venezuela.

3.1.2 CRITERIO ATENUANTE

Se considera como figura delictiva atenuada por el móvil.

En las legislaciones que siguen este sistema las condiciones personales del culpable, los móviles de su conducta, a los que tanta importancia asigna el Derecho Penal moderno para la justa imposición de la pena, obligan a considerar este homicidio como una figura privilegiada, no reprimible con la misma severidad que si se tratase del homicidio común.

Entre algunos de los códigos que siguen este criterio atenuante están los siguientes:

El código noruego de 1902 que en su art. 235 establece: "Si alguno matare a otro con su consentimiento o le causare lesiones graves o daño en su salud, o por compasión privaré de la vida a un enfermo sin esperanza, o cooperase a ello, la pena podrá, por debajo del minimum, ser reducida a pena más suave."

El de Letonia de 1933 en su art. 434 dispone: "El que hubiere cometido un homicidio a petición insistente de la persona muerta, e impulsado por un sentimiento de compasión hacia ella, será penado con prisión. La tentativa es punible." La pena de prisión dura de dos semanas a un año, pero además, el juez tiene la facultad de perdonar en este caso.¹⁶

El Código de Defensa Social de Cuba de 1936 en su art. 437 apartado A configura el auxilio y la inducción al suicidio, así como el caso de que el propio inductor o auxiliador ejecutare la muerte. En su apartado B señala: "En los casos del apartado anterior, los tribunales, apreciando las condiciones personales del culpable, los móviles de piedad o compasión de su conducta y las circunstancias del hecho, podrán, a su prudente arbitrio señalar una sanción inferior a la de seis años que fijara dicho precepto, pero en ningún caso inferior a un año."

El proyecto del Código Penal argentino de 1937 dispone en su art. 117: "En los casos previstos en el art. 115 (homicidio simple) y en

¹⁶ Jiménez de Asúa, Luis Alberto Libertad de amar y derecho a morir, Ensayos de un criminalista sobre eugenesia y eutanasia Ed. Lozada Buenos Aires, Argentina 1989.

el inciso 1 del art. 116 (parricidio, filicidio, conyugicidio) se impondrá prisión por uno a seis años...

"2) al que lo cometiere movido por un sentimiento de piedad ante el dolor físico de la víctima, si fuera intolerable y las circunstancias evidenciaran la inutilidad de todo auxilio para salvar la vida del sufriente.¹⁷".

El proyecto de Código Penal boliviano de 1935 concibe en su art. 78 lo siguiente: "El que matare a otro, aun por favor y a sus instancias, con el fin de evitarle los sufrimientos y las penas de una enfermedad tenida por incurable, será reprimido con cuatro a ocho años de presidio o dos a seis años de reclusión."¹⁸

El proyecto de Código Penal brasileño de 1928 estableció el motivo piadoso como una circunstancia atenuante en su Parte General, art. 130, IV: "cuando cedió a la piedad provocada por la situación irremediable de sufrimiento en que se encontraba la víctima y a sus súplicas."¹⁹

El vigente Código Penal de Brasil de 1940, ha cambiado la sistemática puesto que no se trata este tema en la Parte General, sino al legislar sobre los delitos en especie, pero mantiene el régimen atenuante de este modo: Art. 121.- "...1.- Si el agente comete el crimen

¹⁷ *Idem.*

¹⁸ *Idem.*

¹⁹ *Idem.*

impelido por motivos de relevante valor social o moral..., el juez puede reducir la pena de un sexto a un tercio.”.²⁰

También pertenece a este grupo el Código Penal de Costa Rica de 1941, en cuyo art. 189 se configura y sanciona la instigación y ayuda al suicidio, así como la muerte dada a instancias de la víctima. El párrafo tercero reza de este modo: “En los casos anteriores, los jueces, apreciando las circunstancias personales del culpable, los móviles de piedad o compasión de su conducta y las circunstancias del hecho, quedan facultados para disminuir la pena a su prudente arbitrio, sin que ésta pueda ser en ningún caso inferior a un año.”.²¹

Este sistema es adoptado también por los códigos penales de Alemania, Austria, Italia, Hungría, Portugal, El Salvador.

3.1.3 CRITERIO DE IMPUNIDAD

Se considera el acto como no constitutivo de delito.

Las legislaciones que declaran impune la muerte eutanásica, ya sea que la consideren una causa de justificación, una causa de inculpabilidad o una excusa absolutoria, encuentran su base jurídica en el consentimiento de la víctima; o en la naturaleza del móvil que guía al agente o en el reconocimiento del fin por parte del Estado.

²⁰ *Idem.*

²¹ *Idem.*

Para llegar a la impunidad del homicidio eutanásico las normas legales facultan al juez para condenar a una pena mínima de restricción de la libertad, o bien consagran el perdón judicial.

Las legislaciones que no autorizan el perdón judicial para esta figura *sui generis*, sino que facultan al juez para imponer la pena mínima, han sido consideradas dentro de este criterio ya que, si bien es cierto no se le declara expresamente impune, no es menos cierto que mediante la sanción mínima se llaga indirectamente a la impunidad, máxime si se toma en cuenta que no guarda proporción con la pena impuesta por los criterios anteriores. Este criterio no es seguido por ningún país todavía ya que en ninguno se ha legalizado la práctica de la eutanasia.

3.2 TIPIFICACIÓN JURÍDICA DE LA EUTANASIA EN ALGUNOS PAÍSES. DERECHO COMPARADO.

3.2.1 INGLATERRA

Resulta impresionante la opinión del gran estadista británico del s. XVI, Tomás Moro, quién en su idea de una sociedad utópica se presenta como precursor de la administración de la eutanasia. Y aunque en su época encontró una fuerte y tenaz oposición a sus ideas, en los s. XVII y XVIII John Donne y David Home se unieron a ellas.

Durante las primeras tres décadas del s. XX, aunque algo se había escrito condenando la eutanasia, surge un artículo muy significativo publicado en 1901 por un prominente médico británico, el Dr. Charles Goddard, titulado: "*Sugerencias a favor de la terminación de casos absolutamente incurables, por lesión o por enfermedad*".

El Dr. Goddard no sólo abogó por la eutanasia en casos terminales, sino también en ciertos casos irreversibles de idiotez, imbecilidad y monstruosidad. Señalaba que aquellos que no tenían voluntad ni inteligencia propia y siendo una carga para sí mismos, y especialmente para familiares, amigos y para la sociedad, carecían de un potencial de progreso, y sus casos deberían ser considerados por

un comité de expertos, que una vez convencidos de dicha condición, harían los arreglos pertinentes para terminar con tan miserable existencia.

En las islas británicas los partidarios de la eutanasia están inconformes con la actual posición legal respecto a la eutanasia. Desean que se distinga el caso de la muerte dada por compasión, de otros casos de muerte dada ante el requerimiento de la víctima; asimismo pretenden que la eutanasia sea no sólo sancionada con más benevolencia que el homicidio común, sino que se considere del todo legal.

En 1922, en la ciudad de Bath, un concejal presentó al Comité Municipal de Higiene una moción proponiendo se invitara al Ministro de Higiene a presentar al Parlamento británico un proyecto de ley en el que se facultara a un tribunal médico para dar el fin más rápido y apacible a los que sufrieren enfermedades dolorosas e incurables. Este proyecto jamás vio la luz pues la moción fue rechazada por la Municipalidad.

Pero la discusión pública y científica siguió muy viva en las columnas del "*Morning Post*", periódico londinense que la mantuvo viva durante ese año y el siguiente, habiéndose hecho nuevos intentos para modificar las leyes en sentido permisivo.²²

²² *Idem.*

En octubre de 1931, el Dr. Killick Millard, presidente de la *Society of Medical Officers of Health*, en un discurso pronunciado en esta asociación, defendió la legalización de la eutanasia.

En 1935, la revista *The Spectator*, dirigida principalmente por el reverendo Robert Matthews, por el profesor T. Robertson, presidente del Real Colegio Médico; por Sir J. Buchanam, vicepresidente del Comité de Higiene de la Sociedad de las Naciones, y por el escritor y naturalista Julian Huxley, llevó a cabo una campaña, cuyas ideas fueron condensadas en el siguiente formulario; "El que suscribe ... de ... años de edad, sufriendo una enfermedad incurable que le produce dolores terribles y cuyo nombre es ... después de haber consultado a sus parientes ... con los que ha arraigado sus asuntos particulares, ha solicitado del doctor ... le aplique la eutanasia, si el permiso oficial le es otorgado."

Así las cosas, en ese año se funda en Inglaterra la Sociedad para la Eutanasia, con el propósito de obtener legislación para legalizar la eutanasia voluntaria bajo ciertas circunstancias.

En 1936, el Congreso del Royal Sanitary Institute recomienda el empleo de la eutanasia; y a instancias de Lord Ponsonby se funda *The Voluntary Euthanasia Legislative Society*, presidida por el eminente cirujano inglés Lord Moynihan; elaborando un proyecto de ley el cual no fue presentado al Parlamento debido a que estalla la Segunda Guerra Mundial. Dicho proyecto señalaba que: "Las personas mayores de

veintiún años, víctimas de afecciones incurables, tendrán la facultad de dirigir una petición a la Comisión de Eutanasia nombrada por el Ministerio de Salubridad Pública, para obtener a breve plazo que se ponga fin a sus sufrimientos. Para la aprobación de esta solicitud será necesario el cumplimiento de las siguientes condiciones: 1.- Acuerdo de los parientes próximos y arreglo de sus asuntos particulares. y 2.- Dos certificados que apoyen la solicitud, emanados del médico oficial y del de cabecera, respectivamente... Con todo la eutanasia no podrá realizarse sino hasta después de un plazo mínimo de siete días, para dejar tiempo suficiente al paciente de arrepentirse y a los familiares de oponerse." ²³

Ese mismo año llegó al Parlamento británico un proyecto de ley para autorizar la eutanasia médica y a la vez proveer poderosas defensas contra posibles abusos. Pero este proyecto fue rechazado por la Cámara de los Lores.

En 1950 se debatía en la Cámara de los Lores una nueva moción en favor de la eutanasia, pero en esta ocasión fue rechazada aún antes de ser votada. En ese mismo año la Asamblea General de la Asociación Médica Mundial aprobaba una resolución en la que exhortaba a todos sus miembros a "condenar la práctica de la eutanasia. Sin embargo, dos años más tarde, un grupo de científicos, médicos y clérigos británicos y norteamericanos solicitaban a la O.N.U. una enmienda a la Declaración Internacional de los Derechos del

²³ *Idem.*

Hombre, en la que se concedería a los enfermos incurables el derecho a la eutanasia voluntaria.

No obstante todos estos fracasos, por estos años surge un nuevo y prominente impulsor del movimiento eutanásico inglés, el profesor Glanville Williams, catedrático de Derecho en las universidades de Cambridge y Londres.

El profesor Williams analiza con sutileza y finura las fallas de las anteriores proposiciones legislativas y sugiere una vía de compromiso. Se apropia de las afirmaciones de los Lores Dawson y Horder de que de hecho la eutanasia es frecuentemente practicada por los médicos, y enfatiza lo que actualmente tanto arguyen sus seguidores, que no hay diferencia ni lógica ni moral entre permitir morir (aceptado por la ley) y anticipar la muerte.

Glanville Williams se dio cuenta que el proyecto eutanásico inglés llevaba "demasiadas formalidades al cuarto del enfermo y destruía la relación médico-paciente", por lo que propuso una fórmula sencilla: que los médicos no fueran considerados culpables si intencionalmente aceleraban la muerte de un paciente gravemente enfermo, a no ser que se probara que la acción no procedía de buena fe y fuera ejecutada sin el consentimiento del paciente.

Este plan asumido por la Sociedad Eutanásica inglesa consagraba los términos "paciente cualificado" e "irremediable condición". Por la segunda se entendía:

- 1.- enfermedad física en casos incurables y terminales,
- 2.- dolorosa afección física que ocasione al paciente serio daño o incapacidad permanente o severa aflicción,
- 3.- daño cerebral físico que ocasione grave e irreparable deficiencia de las facultades mentales normales.

El "paciente cualificado" debe ser considerado como tal por dos médicos y certificado por escrito. Hecha esta declaración no se llevará a efecto la eutanasia sino pasado un mes, a no ser que sea revocada.

Para su presentación en la Cámara de los Lores el proyecto fue retocado (el "paciente cualificado" debería tener la mayoría de edad; en el caso de pólizas de seguros, ésta sería válida si se adquirió antes de los 12 meses de la administración de la eutanasia). Sin embargo, el proyecto fue rechazado por el 60% de los integrantes de la Cámara de los Lores.

En 1970 fue rechazado otro anteproyecto de ley porque presentaba un "suicidio por poder". La oposición mayor venía del campo médico y religioso.

3.2.2 ESTADOS UNIDOS

*Dogs do not have many advantages over people, but one of them is extremely important: euthanasia is not forbidden by law in their cases; animals have the right to a merciful death.*²⁴

Es en este país donde encontramos la mayor cantidad de intentos legislativos sobre el tema que nos ocupa, y aunque no se ha logrado su legalización si han habido importantes avances.

Uno de los primeros proyectos legislativos relativos a la eutanasia que se dio en los Estados Unidos de Norteamérica fue el que se presentó ante la legislatura de Ohio en 1906; y el cual declaraba que "toda persona afectada de una enfermedad incurable acompañada de grandes dolores, puede pedir la reunión de una comisión de cuatro personas, las cuales decidirán sobre la oportunidad de poner fin a esta vida dolorosa." El proyecto fue aceptado en la primera lectura; sin embargo, al ser enviado al Comité de Jurisprudencia Médica fue rechazado por setenta y ocho votos contra veintidós.

No obstante, el que fuera posible presentar el proyecto y que recibiera casi el 25% de los votos indicaba que el hecho de poder

²⁴ Kundera, M. *The Unbearable Lightness of Being* en "Physician-Assisted Suicide for the Terminally Ill: The Ultimate Cure?" en *Arizona Law Review* Koury, Aida A.

controlar la forma de morir era algo que preocupaba a la opinión pública.

Meses después se presentó un proyecto similar en el Parlamento de Iowa. En este documento se proponía la muerte mediante anestesia a los enfermos incurables, pero también se extendía a niños malformados e idiotas. Esta propuesta fue terminantemente rechazada por el Congreso de Washington.

En 1912 se discutió un proyecto sobre homicidio caritativo, pero se rechazó ya que sus aplicaciones eran inciertas.

En 1937, el senador John Comstock de Nebraska presentó al poder legislativo un proyecto de ley basado en un modelo inglés (proyecto de 1936 del Dr. Millard) en el que se definía la eutanasia como "la terminación de la vida por medios indoloros con el propósito de poner fin a los sufrimientos físicos.". No se requería que la enfermedad fuese mortal. El proyecto era tan complicado como el inglés y nunca fue considerado. El único beneficio que se obtuvo de esto fue que en 1938 se fundara la Asociación pro Eutanasia de Norteamérica.

En 1939, esta asociación presentó un proyecto de ley para la legalización de la eutanasia en Nueva York. Este proyecto pretendía legalizar la eutanasia en ese estado, siempre que se tratase de pacientes incurables que desearan morir. Pero este proyecto

permaneció archivado hasta después de la guerra. Continuaron con su campaña y en 1945 buscaron el apoyo oficial de sacerdotes, médicos y otros destacados profesionales. En 1946, cincuenta y cuatro eminentes pastores protestantes firmaron una declaración en favor de la eutanasia voluntaria para los que sufrieran enfermedades incurables dolorosas.. El mismo año la asociación anunció que se había formado una comisión compuesta por 1 776 médicos que apoyaban el proyecto, lo cual dio origen a una petición firmada por 1 100 médicos en la que se solicitaba a los miembros de jurisprudencia del Estado el apoyo para las víctimas de enfermedades terminales y dolorosas

La petición presentada al poder legislativo en 1947, especificaba lo siguiente:

1) Cualquier persona de más de veinte años que se halle en plenitud de sus facultades y que padezca una enfermedad dolorosa e incurable, puede solicitar la eutanasia mediante un documento firmado y certificado, junto a una declaración jurada del médico que le asiste en la que manifieste que en su opinión la enfermedad es incurable.

2) El tribunal nombrará una comisión de tres personas, de las cuales dos por lo menos deberán ser médicos, con objeto de investigar todos los aspectos del caso e informar al tribunal si el paciente es consciente del propósito de la petición, de acuerdo con las disposiciones del acta.

3) En caso de que la comisión informe favorablemente, el tribunal autorizará la petición si el paciente todavía lo desea. El médico o cualquier otra persona que el paciente elija podrá entonces practicar la eutanasia.

Una vez más la Asociación pro Eutanasia no logró hallar un patrocinador. No obstante, logró atraer la atención pública sobre el tema y atraer a unos cuantos partidarios eminentes.

En 1952, la Asociación pro Eutanasia de Nueva York, con el apoyo de distinguidas personalidades del clero protestante, de médicos y otras figuras públicas, hizo su intento final para obtener la legalización de su proyecto. Luchando para captar la atención de los políticos, representantes de la asociación presentaron al presidente del Senado una petición firmada por dos mil votantes. Sin embargo, el presidente del Senado, Arthur Wickes, rehusó respaldar la solicitud y el proyecto no fue aprobado. Por lo cual la asociación decidió concentrarse en otras actividades, una de las cuales fue enviar portavoces a docenas de organizaciones de todos los estados.

En 1955 se presentó una petición al poder legislativo de Nueva Jersey firmada por 166 médicos y hacía hincapié en los derechos de los pacientes. En esa petición se solicitaba la reforma de la ley para que se autorizara la eutanasia voluntaria en los casos de enfermos incurables, previo consentimiento de un tribunal y previa solicitud del

paciente debidamente legalizada y firmada. Pero la Asociación Médica de Nueva Jersey se opuso.

En 1959, la Asociación pro Eutanasia del Estado de Connecticut presentó un proyecto de ley a la Asamblea General. Este proyecto difería del de Nueva Jersey en que no limitaba la edad del paciente a veintiún años, y en que la petición podía realizarse con anterioridad a cualquier enfermedad. El proyecto tenía como meta el legalizar la eutanasia para que los enfermos que padecen terribles dolores físicos puedan morir por medios indoloros con la protección de la ley. A pesar de los esfuerzos de las personas que redactaron el proyecto por evitar la utilización excesiva de la palabra "eutanasia", la propuesta fue denegada.

En los '50 también, en el estado de Wisconsin se presentó un proyecto bastante moderado y razonable que más que eutanasia, podría catalogarse como adistanasia, sin embargo también fue rechazado. El proyecto decía: "Toda persona afectada por alguna enfermedad incurable y que padezca graves dolores y angustias tendrá derecho a morir con dignidad y rechazar o negarse al uso o aplicación, ya sea por médicos, practicantes o cualquier otra persona, de remedios destinados a prolongar su vida."

Durante toda la década, los tribunales siguieron juzgando los casos de homicidios pladosos en forma inconsecuente. Las acusaciones iban desde homicidio involuntario hasta asesinato; los

veredictos eran de culpabilidad, absolución por enajenación mental pasajera o libertad condicional. En muchas ocasiones tanto el juez como el jurado se mostraban condescendientes.

Los años sesenta se caracterizaron por una nueva era en actitudes en torno a la muerte y al derecho de morir. Los sesenta marcaron grandes adelantos médicos, especialmente en el campo de la cirugía y los trasplantes.

Como consecuencia de los importantes adelantos de la medicina, se imponía urgentemente una nueva escala de valores para las circunstancias relacionadas con la muerte y el proceso de morir. Con el primer trasplante de corazón, llegaron las peticiones de otros órganos transplantables. Puesto que se logró la curación de enfermedades que habían sido mortales, el costo de la asistencia médica aumentó en forma alarmante, y la escasez de personal sanitario era más acuciante allí donde había más pacientes.

En esta época fue cuando surgieron actitudes radicalmente opuestas en cuanto a los pacientes terminales y afloraron los derechos de los mismos; empiezan a interesarse por las necesidades físicas y emotivas de los moribundos.

En estos momentos la idea de la elaboración de un documento legal conteniendo la decisión de la persona mientras ésta todavía se

encuentra en buenas condiciones de salud (*Living Will*) empieza a cobrar importancia.

Durante esta época, la Asociación pro Eutanasia de Nueva York no hizo más tentativas por conseguir su legalización; la junta decidió limitar sus esfuerzos a la educación. Pensaron que era inútil seguir intentándolo hasta que la opinión pública no conociera mejor los problemas de los enfermos terminales.

En los años 70's se presentan en varios estados proyectos de legislatura para la legalización del *Living Will*.

Hacia finales de 1975 se habían presentado proyectos en quince estados. El proyecto se aprobó sólo en California en octubre de 1976; el gobernador Brown decretó la ley conocida como Acta de la Muerte Natural; reconociéndose así la legitimidad del Testamento Vivo.

En 1975 el caso de Karen Ann Quinlan causó gran impacto entre la opinión pública, lo que dio origen a que muchos legisladores presentaran y discutieran proyectos de ley sobre esta cuestión.²⁵

En 1977 se aprobaron los proyectos de Arkansas, Idaho, Nevada, Nuevo México, Carolina del Norte, Oregón y Texas.

²⁵ *Vid supra* 2.4 El Caso de Karen Ann Quinlan.

En agosto de 1980 es fundada la *Hemlock Society*, asociación que apoyaba la opción de la eutanasia activa y voluntaria para los enfermos terminales, una organización dedicada a lo que sus fundadores consideraban como la última libertad civil : el derecho a escoger donde y cuando morir.

Para 1986 sólo once estados no contaban aún con una legislación sobre el *Living Will*.²⁶

El Derecho Común (*Common Law*) y el
Derecho Constitucional a la
autodeterminación en la toma de
decisiones médicas.

Dentro de la tradición legal norteamericana encontramos tres conceptos muy importantes: la autonomía individual, la libertad personal y el derecho de autodeterminación.

Estos conceptos son especialmente importantes cuando se trata de aceptar o rechazar un tratamiento médico. Ningún procedimiento médico se puede llevar a cabo sin el consentimiento del paciente; y dicho consentimiento lo otorgará o negará el paciente una vez que le hayan sido expuestos los siguientes puntos: la naturaleza del

²⁶ Los 39 estados que ya contaban con una legislación de este tipo eran: Alabama, Alaska, Arizona, Arkansas, California, Carolina del Norte, Carolina del Sur, Colorado, Connecticut, Delaware, Distrito de Columbia, Florida, Georgia, Hawaii, Idaho, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Louisiana, Maine, Maryland, Mississippi, Missouri, Montana, Nevada, New Hampshire, Nuevo México, Tennessee, Texas, Utah, Vermont, Virginia, Washington, West Virginia, Wisconsin y Wyoming.

tratamiento, sus riesgos, terapias alternativas, etc. A esto se le conoce como la doctrina del consentimiento informado, y contiene tres elementos:

- a.- El paciente deberá tener la capacidad para razonar y hacer juicios;
- b.- El paciente deberá ser capaz de tomar decisiones voluntariamente; y
- c.- El paciente deberá ser capaz de entender claramente los riesgos y beneficios de las alternativas de tratamiento propuestas.

Una limitación al derecho de autodeterminación es cuando se trata de personas incompetentes. Cuando un individuo no puede otorgar su consentimiento por incapacidad

3.2.3 PAÍSES ESCANDINAVOS

(Dinamarca, Noruega, Islandia, Suecia)

De acuerdo a la opinión general en Escandinavia el motivo de una persona que mata no debe dársele tanto peso como para que pueda evadir su responsabilidad tan sólo por esta razón. Sin embargo, en casos muy extremos, la libertad del responsable puede, prácticamente, ser el resultado cuando la autoridad acusadora no procesa en base a que la acusación no representa un interés público

útil. (ej. Dos aviadores se estrellan, A queda ileso pero B está muy herido y le pide al primero que lo mate. No existirá un proceso en contra de A por homicidio dadas las circunstancias).

En general en Dinamarca no existirá un proceso en los casos de pactos-suicidas en donde A y B estén se acuerdo, pero en donde alguno de ellos quede vivo por causas externas.

Una condición para que se de la responsabilidad en un homicidio es que la víctima hubiere estado viva; para ello es importante conocer el criterio de muerte en los países escandinavos.

Mientras que desde el punto de vista biológico la muerte es un proceso que ocurre en un período de tiempo, para un abogado debe atribuirse a un momento exacto²⁷. Bajo la ley danesa una persona está muerta cuando la actividad cerebral, la respiración y la circulación han cesado. Pero Finlandia y Noruega ya han adoptado el criterio de muerte cerebral como la muerte de una persona.

Otra condición para que se de la responsabilidad criminal es que exista una conexión causal entre el acto del acusado y la muerte. En la ley noruega se utiliza el concepto de causa (qué provocó la muerte); si un doctor utiliza una droga para aliviar los dolores de su paciente pero sabe que a la larga esto le provocará la muerte, no existirá responsabilidad. Sin embargo, si el doctor aplica una droga que le

²⁷ *Vid infra* Capítulo II La Muerte.

cause la muerte inmediatamente, si existirá responsabilidad aunque la muerte del paciente fuese inminente.

En la práctica legal, el homicidio es el único crimen que puede resultar en prisión de por vida, pero en Dinamarca esto ocurre rara vez. Generalmente las sentencias van de 8 a 16 años de prisión. El Código Penal danés contiene un artículo especial sobre el "homicidio a petición de la víctima".

Art. 239 Cualquier persona que mate a otra por petición expresa de la segunda será sujeto a prisión por un período que no exceda de los 3 años o con detención simple por no menos de 60 días.

Existen previsiones correspondientes en el Código penal de Islandia (art. 213) y en el de Finlandia (ch. 21 art. 3).

El artículo 239 supone que el simple consentimiento no es una base para la absolución. La diferencia entre el simple consentimiento y el requerimiento expreso de la víctima es que el simple consentimiento también cubre situaciones donde la víctima simplemente acepta el hecho sin que directamente lo quiera. La petición no deberá ser ambigua, pero no necesariamente deberá expresarse con palabras. Conforme a la práctica la tentativa de suicidio, sin embargo, no será por sí misma suficiente para probar que existía una petición actual.

Este artículo cubre algunos de los casos que se pueden considerar como eutanásicos.

La persona que hace el requerimiento deberá estar en pleno uso de sus sentidos y con la edad suficiente para entender las consecuencias de su decisión. Para ello se presume necesaria la mayoría de edad. No deberá estar bajo la influencia de alcohol, drogas o medicamentos que lo hagan incapaz de tomar la decisión de una manera responsable. El requerimiento o la petición podrán rescindirse en cualquier momento.

Cabe destacar que el llamado *Living Will* no tiene ninguna relevancia bajo la presente ley. Sólo si éste se realizó en asociación directa con la situación particular en cuestión (por ejemplo: antes de una operación en la que se pueda dar un diagnóstico seguro). Esto sería la "petición expresa" que señala el art. 239; sin embargo, esto sólo garantiza un castigo menor al del homicidio ordinario y no la absolución.

El art. 237 se refiere al homicidio ordinario. El cual se castiga con un mínimo de 5 años a un máximo de cadena perpetua. Sin embargo, el castigo frecuentemente puede ser reducido de acuerdo a lo que señala el art. 85: "La pena puede ser reducida cuando un acto punible se ha cometido bajo la influencia de una gran agitación mental, o cuando existe otra información especial concerniente al estado mental del delincuente o las circunstancias del acto y los hechos hacen la

penalidad menos severa que la que de otra manera sería aplicada. En particulares circunstancias de alivio, la pena puede ser disminuida."

Bajo la Ley Noruega (Código de 1902), se puede encontrar un precepto especial de la eutanasia en el art. 235: "Cuando una persona es, con su consentimiento matada o se le infiere un daño serio a su persona o salud, o cuando una persona toma la vida de una persona enferma y sin esperanzas o la asiste en ello, la pena podrá ser reducida por debajo de la que de otra manera sería la pena mínima o por otra forma de castigo más leve."

Cuando el actual Código Penal Danés de 1930 se estaba elaborando se consideró la inclusión de un precepto similar. Esta idea se abandonó; una de las razones que se dieron en ese tiempo fue que aquellos que adquirirían una enfermedad no tenían por que estar temerosos por sus vidas o asustados de sus amigos.

El citado precepto no se aplica a los médicos. Los abogados penales no están completamente de acuerdo en si deben o no aplicarse las mismas reglas a los médicos como al resto de las personas.

La disposición usual de homicidio cubre, con su contenido, sólo acciones positivas. La disposición más usual relacionada directamente con las omisiones la encontramos en el art. 253: "Cualquier persona que, aunque pueda hacer algo sin que ello represente un peligro o

sacrificio para sí u otro, deja:(1) de ayudar a una persona que se encuentra en evidente peligro su vida; o (2) de tomar aquella acción que se requiere por las circunstancias para rescatar a una persona que este a punto de perder la vida, o de auxiliar a una persona víctima de un naufragio o accidente similar; será sujeto a una simple detención por cualquier término que no exceda los 3 meses." ²⁸

El problema se presenta en la practica cuando una persona que ha tomado una sobredosis de píldoras para dormir prohíbe a su familia que llame un médico o una ambulancia, o cuando una persona sufre una enfermedad fatal y no desea ningún tipo de tratamiento. Legalmente existe cierto desacuerdo relacionado con la evaluación de la situación.

Por otro lado, la práctica en la corte ha establecido que el art. 253 no cubre una situación donde un hombre, de acuerdo con los deseos de su esposa no llama a un doctor aunque ella se encuentre seriamente enferma.

Los niños, desde el punto de vista legal, siempre son "irresponsables". Por lo cual no podrán negarse a ningún tipo de ayuda médica, tampoco lo podrán hacer sus padres o tutores en su nombre. Esto, en la práctica, significa que los doctores siempre tendrán el deber de proporcionar a los menores una transfusión de sangre o cualquier

²⁸ En Dinamarca disposiciones de este tipo siempre han existido (relativas a naufragios).

otro tratamiento que necesite aunque sus padres no estén de acuerdo por cualquier motivo, incluso de índole religioso.

Si una situación es altamente peligrosa debido a la enfermedad o a los actos dirigidos hacia un suicidio, el doctor tiene el deber de advertir al paciente del peligro que corre si se omite el tratamiento, pero no podrá ir más allá. Si miembros de la familia, personal de la ambulancia o los propios doctores por medio de la fuerza admiten o tratan a una persona estarán incurriendo en lo señalado por el art. 260 del C.P.: "Cualquier persona que--(1) por medio de la violencia... force a otra persona a hacer, dejar de hacer u omitir algo... será culpable de coerción ilegal y sujeto a una multa, o de una detención simple hasta un encarcelamiento que no exceda los dos años."

Si la persona está inconsciente o no es responsable de sí, o cae en ese estado, se está en la situación prevista en el art. 253. Esto llevará al absurdo de que a un doctor no le está permitido brindar ningún tratamiento mientras el paciente esté consciente que existen buenas probabilidades de recobrase. Sin embargo, ésta es la posición de la ley danesa hoy en día.

Desde el punto de vista ético, es difícil justificar la intervención cuando la persona ha llegado a un punto donde ya no le es posible protestar, y que mientras lo pudo hacer su oposición a cualquier tratamiento fue respetada.

Este es un área donde se puede justificar la relevancia de la existencia de un *Living Will* y el sujetarse a él.

Los médicos como los demás se encuentran en una situación difícil. Si omiten el tratamiento porque equivocadamente piensan que la persona es "responsable", serán culpables por lo dispuesto en el art. 253. Si equivocadamente piensan que la persona es "responsable" pero de todas maneras intervienen incurrirán en lo establecido en el art. 260.

En lo señalado anteriormente se ha hecho mención tanto de la familia como de los médicos; quienes además de todo deberán cargar con una mayor responsabilidad señalada en el art. 250: "Cualquier persona que rebaja a otra a una condición de indefensión o abandono y a la que le estaba confiado su cuidado será sujeto a encarcelamiento el cual, si de estos actos resulta la muerte o daños corporales graves se puede aumentar hasta a ocho años."

El punto focal de discusión siempre ha sido si se le podrá imponer responsabilidad criminal a un médico por fracasar en un tratamiento. Ningún proceso se ha entablado en contra de un médico por prolongar excesivamente un tratamiento a un paciente. La consecuencia práctica de esto es que cualquier médico preocupado por no incurrir en una responsabilidad de una forma u otra continuará el tratamiento hasta llegar incluso a un encarnizamiento terapéutico, a un amargo fin para el paciente. la pregunta que se plantea es si debiera o

no existir la prohibición en contra de un tratamiento cruel e inusual. Cuando el doctor en cuestión va más allá de lo usual en la práctica médica, bajo la presente legislación de responsabilidad debe -por lo menos en teoría- sujetarse a lo establecido por la Ley de los Médicos y el Código Penal. Por otro lado no existe responsabilidad bajo las reglas del Código Penal por causar daño corporal.

Han pasado muchos años desde que se despenalizó el suicidio en Escandinavia. En Suecia tiene una consecuencia lógica aceptada que tampoco es ilegal ayudar a una persona a suicidarse. En Dinamarca, por otro lado, esa conducta es ilegal en virtud de la previsión especial contenida en el art. 240 C.P.: "Cualquier persona que asista a otra en el suicidio será sujeto a una multa o detención simple. Si el acto de asistencia se realiza por razones de interés personal, la pena podrá ser de prisión que no exceda los 3 años."

Existe un artículo correspondiente en los códigos penales de Noruega (art. 236) e Islandia (art. 214).

La diferencia decisiva entre el art. 239 (homicidio a petición de la víctima) y el art. 240 (auxilio o asistencia en el suicidio) es que en el segundo caso es la persona que desea morir quien realiza el acto conclusivo por sí mismo. En ocasiones puede resultar difícil determinar quien de los dos realizó el acto final.

3.2.4 PAÍSES LATINOAMERICANOS COLOMBIA Y URUGUAY

Dentro de los pocos países que contemplan la eutanasia específicamente en sus legislaciones encontramos a Colombia y Uruguay.

El Código Penal de la República Oriental del Uruguay del 4 de diciembre de 1933, redactada por el profesor Dr. José Irureta Goyena, contiene en su capítulo III, relativo a las causas de impunidad, el art. 37 que dice:

Art. 37 (Del homicidio piadoso).- "Los jueces tienen facultad de exonerar de castigo al sujeto de antecedentes honorables, autor de un homicidio, efectuado por móviles de piedad, mediante súplicas reiteradas de la víctima."

Podemos notar que en este caso se consideran las circunstancias personales del culpable y se atiende a los antecedentes honorables del autor del homicidio, circunstancias que se evaluarán para aplicar los atenuantes. El homicidio resultante del acto de eutanasia no es tratado de la misma manera que el homicida que ocasiona la muerte a otro ser humano con malicia, premeditación e intención criminal.

Los católicos uruguayos se han levantado en contra de este precepto con objeciones infundadas. Comienzan diciendo que se ha creado un "derecho a matar"; para destruir este "razonamiento" basta decir que sólo se trata de una forma de impunidad, que no se presupone derecho alguno de dar muerte a un semejante.

Otra de las objeciones es que "este país, donde hemos abolido la pena de muerte, admitimos hoy la pena muerte por pronunciamiento individual". No se puede llamar "pena de muerte" a abreviar los sufrimientos de un condenado a muerte por una enfermedad incurable y dolorosa. También alegaban este grupo de católicos "que el hombre no puede tener con su propia vida una relación de derecho".

Puede tener el derecho "a la vida", lo que significa protección frente a los demás hombres. Pero no hay un derecho "sobre la vida", por cuanto "la vida de cada uno puede ser objeto de derecho para el propio agente". La misma objeción levanto Ravá, hace más de sesenta años a la tesis de Enrico Ferri, insistiendo en lo absurdo de hablar de derechos sobre la propia persona, ya que el derecho es esencialmente una relación con el mundo exterior. Ferri contestó estos argumentos: El derecho que se tenga sobre la propia persona es el primero y más fundamental de los derechos, porque constituye la esencia respecto del origen y ejercicio de todos los demás derechos pertenecientes a la personalidad humana.

Aunque en los delitos contra la vida o la integridad corporal, el consentimiento no exime de pena, si encontramos preceptos, dentro de las legislaciones de estos dos países, en que estas figuras de delito son castigadas con una sanción menor. Así, vemos que el Código Penal Uruguayo señala una pena por el homicidio o las lesiones y otra diferente para el caso en que el consentimiento de la víctima se presenta.

Art. 310 (Homicidio).- "El que, con intención de matar diere muerte a alguna persona, será castigado con veinte meses de prisión o doce años de penitenciaría."

Art. 316 (Lesiones Personales).- "El que, sin intención de matar, causare a alguna persona una lesión personal, será castigado con pena de prisión de tres a doce meses.

"Es lesión personal cualquier trastorno fisiológico del cual se derive una enfermedad del cuerpo o de la mente".

Pero dentro del capítulo 3 de las causas de impunidad encontramos el art. 44.

Art. 44(Lesión Consensual).- "No es punible la lesión causada con el consentimiento del paciente, salvo que ella tuviera por objeto sustraerlo al cumplimiento de una ley, o inferir un daño a otros."

Por su parte, en el Código Penal Colombiano de 1936 aparecía esta figura en el art. 368.

Art. 368.- "El que ocasione la muerte a otra con su consentimiento estará sujeto a la pena de tres a diez años de prisión."

Aquí vemos como la llamada eutanasia activa era considerada delito grave y no existía atenuante alguno en la imposición de la pena.

Sin embargo en el mismo cuerpo legal podíamos encontrar una disposición que consideraba la llamada eutanasia pasiva como un atenuante a la pena o castigo e incluso llegaba a eximir la pena.

Art. 364 C.P.C.- "Si se ha causado el homicidio por piedad, con el fin de acelerar una muerte inminente o de poner fin a graves padecimientos o lesiones corporales, reputados incurables, podrá atenuarse excepcionalmente la pena, cambiarse el presidio por prisión o arresto y aún aplicarse el perdón judicial."

Pero este Código Penal de 1936 fue derogado por el actual código de 1980 el cual no contempla más la figura del homicidio con consentimiento; aunque si contempla la del homicidio por piedad en su art. 326.

Art. 326.- "Homicidio por piedad. El que matare a otro por piedad, para poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión

corporal o enfermedad grave e incurable, incurrirá en prisión de seis meses a tres años."²⁹

Hay que observar que aunque se sigue contemplando la figura del homicidio por piedad el castigo varió y el perdón judicial ya no se contempla.

Ambos cuerpos legales contemplan la ayuda al suicidio:

Art. 327 C.P. Colombiano.- "Inducción o ayuda al suicidio. El que eficazmente induzca a otro al suicidio, o le preste ayuda efectiva para su realización, incurrirá en prisión de dos a seis años."

Art. 315 C.P. Uruguayo. "(Determinación o ayuda al suicidio).- El que determinare a otro al suicidio o le ayudare a cometerlo, si ocurriere la muerte, será castigado con seis meses de prisión a seis años de penitenciaría.

"Este máximo puede ser sobrepujado hasta el límite de doce años, cuando el delito se cometiere respecto de un menor de 18 años, o de un sujeto de inteligencia o de voluntad deprimidas por enfermedad mental o por el abuso del alcohol o el uso de estupefacientes."

²⁹ El homicidio común se castiga con prisión de diez a quince años (artículo 323 C.P.C.).

En relación al concepto de muerte podemos anotar lo siguiente: en Colombia la Ley 9a. conocida como Código Sanitario Nacional, acepta el criterio de muerte cerebral en su art. 9.

Art. 9.- "Entiéndese por muerte cerebral el fenómeno biológico que se produce en una persona cuando de manera irreversible se presenta en ella ausencia de las funciones del tallo encefálico.

"Para los efectos del diagnóstico de muerte cerebral previo a cualquier procedimiento destinado a la utilización de órganos o componentes anatómicos para fines de transplantes u otros usos terapéuticos, el médico deberá identificar la totalidad de los siguientes signos en tres oportunidades diferentes durante un lapso no inferior de doce (12) horas:

"a) Ausencia de respiración espontánea

"b) Ausencia de reflejos del tallo encefálico

"Parágrafo. La comprobación de los signos a los cuales se refiere el presente artículo deberá hacerse teniendo en cuenta que en la persona no se presente alguna cualquiera de las siguientes condiciones:

"a) alteraciones tóxicas y metabólicas reversibles; o

"b) hipotermia inducida."

3.2.5 ESPAÑA

En España no existe un precepto penal especial relativa a la eutanasia. Para la legislación española la eutanasia es siempre una forma de suicidio (ejecutado con o sin la cooperación de un tercero.) (Art. 409).

Además puede revestir cualquiera de las formas siguientes:

Un homicidio: si la ejecuta materialmente un tercero (Art. 407)

Un parricidio: si entre la víctima y el colaborador hay una relación de conyugalidad o parentalidad-filiación. (Art. 405)

Un asesinato: si concurren en la relación entre la víctima y el cooperador circunstancias de precio, recompensa, promesa, veneno, o premeditación conocida. (Art. 406)

La eutanasia en España es un delito regulado por los artículos 405, 406, 407 y 409 del Código Penal de 1973.

El art. 409 habla del homicidio-suicidio:

Art. 409.- "El que prestare auxilio o induzca a otro para que se suicide, será castigado con la pena de prisión mayor; si se lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte será castigado con la pena de reclusión menor."³⁰

³⁰ Cabe aclarar que las penas en España se computan de la siguiente manera:

prisión mayor: 5 a 12 años
reclusión menor: 12 a 20 años
reclusión mayor: 20 a 30 años

Como ya se dijo, la eutanasia además de considerarse como un suicidio puede revestir cualquiera de las formas siguientes atendiendo a las circunstancias en que se produce:

Homicidio simple Art. 407.- "El que matare a otro será castigado como homicida con la pena de reclusión menor."

Parricidio Art. 405.- "El que matare a cualquiera de sus ascendientes o descendientes, o a su cónyuge, será castigado como reo de parricidio con la pena de reclusión mayor."

Asesinato Art. 406.- "Es reo de asesinato el que matare a una persona concurriendo alguna de las circunstancias siguientes:

"1o.-Con alevosía.

"2o.-Por precio, recompensa o promesa.

"3o.-Por medio de inundación, incendio, veneno o explosivo.

"4o.-Con premeditación conocida.

"5o.-Con ensañamiento, aumentando deliberada e inhumanamente el dolor del ofendido.

"El reo de asesinato será castigado con la pena de reclusión mayor en su grado máximo."

En España, como en muchos otros países, a diferencia de México se distingue entre el homicidio y el asesinato (homicida asesino).

En el Derecho Penal Español resulta absolutamente necesario establecer, junto a la figura del homicidio común, la figura del homicidio consentido, con una pena inferior, dado su menor contenido de injusto. También debería establecerse un tipo atenuado que permita rebajar la pena del homicidio o del homicidio consentido en aquellos supuestos en los que se adelanta el momento de la muerte de una persona para evitarle sufrimientos inútiles.

Lléndonos hacia atrás encontramos que el Código Penal Español de 1928 (anulado por la República ya que provenía de una fuente dictatorial) contemplaba en su art. 517 I homicidio piadoso.

El art. 517 condenaba la cooperación al suicidio y el homicidio consentido, sin embargo, en el segundo párrafo de éste artículo se atenuaba el homicidio piadoso señalando que: "...En todos los casos del párrafo anterior, los tribunales apreciando las condiciones personales del culpable, los móviles de su conducta y las circunstancias del hecho, podrán, a su prudente arbitrio, imponer una pena inferior a la señalada para el delito."

Según una encuesta realizada por el Colegio de Médicos de Barcelona entre sus miembros en 1989, el 82.3% está a favor de una ley reguladora de la eutanasia; el 52.3% de los consultados cree que debe legalizarse la eutanasia pasiva, y el 43.2% es también partidario de la reglamentación legal de la activa.

El PSOE (Partido Socialista Obrero Español) encargó un proyecto de ley de eutanasia a su senador Cesáreo Rodríguez Aguilera pero hasta ahora no lo ha presentado al Congreso (1989).

3.2.6 S U I Z A

El Código Penal Suizo como la mayoría de los códigos penales de Europa se esfuerzan por atender la personalidad del criminal: su peligrosidad y la probabilidad de que repita el crimen; y es el motivo el mejor índice para establecer esto. Por lo tanto no será lo mismo, ni será castigado igual, aquel que mata por un provecho propio que aquel que lo hace por piedad.

El Código Penal vigente en Suiza es el del 10. de enero de 1942 y no contiene preceptos específicos relativos a la eutanasia; pero si contiene varias disposiciones aplicables.

Art. 114.- "Aquel que mate a una persona por petición seria e insistente de ésta, será castigado con prisión."³¹

El castigo para lo tipificado por este artículo es menos severo que en otros tipos de homicidio:

³¹ El mismo código en su artículo 36 señala que en los casos en que no se establezca el período de encarcelamiento éste no será menor a tres días ni mayor a tres años.

-El castigo para el asesinato (homicidio en que el asesino evidencia un motivo especialmente detestable o extremadamente peligroso) será cadena perpetua.

-El castigo para el homicidio intencional, será prisión de cinco a veinte años.

-El homicidio en un arrebato de pasión se castiga con reclusión o encierro de uno a diez años o prisión de uno a cinco años.³²

Elementos que se desprenden del art. 114:

a)Este artículo sólo se aplicara a los casos en que la demanda de la víctima sea seria e insistente. Por lo tanto no se aplicará a los casos en que la víctima únicamente este de acuerdo, deberá ser ella quien tome la iniciativa.

b)No está limitada a los casos en que la víctima sea una persona enferma.

Este artículo es aplicable a los casos de eutanasia donde la víctima es quien lo solicita y por la pena que señala el art. 36 podemos observar que es muy leve. El juez considerando los motivos del crimen podría señalar una pena de hasta únicamente tres días de prisión.

³² El Código Penal Suizo contempla tres formas de privación de la libertad:
reclusión : una forma severa
encarcelamiento: una forma menos severa
detención: la más ligera.

Art. 115.- "Aquel que poseído por un móvil egoísta, incite a otro a suicidarse o lo asista en el suicidio, será castigado; si el suicidio se comete o se intenta, con reclusión de cinco años o con prisión."

Elementos del art. 115:

a) Habla de un móvil egoísta, por lo que en los casos de eutanasia, refiriéndonos a ésta como un acto pietista, el acto no tendría cabida en este artículo; ya que al ser piadoso no existe el móvil egoísta quedando fuera del tipo legal.

Aunque puede darse el caso en que se califique como eutanásico el homicidio que por motivos egoístas se cometa sobre una persona enferma.

El "móvil egoísta" o "motivos de propio interés" están definidos como motivos materiales, financieros, de ganancias, y también de odio, venganza, malicia, etc. Los motivos para asegurar a la víctima del deshonor, la desgracia, o la destrucción han sido juzgados como no "móviles egoístas".

b) Se refiere también a si el suicidio se comete o se intenta. Podemos observar como este artículo hace referencia tanto al delito consumado como a la tentativa. Y esto es una muestra más de que la

ley suiza toma mucho en cuenta la personalidad del criminal. (trató de hacerlo--- podría volver a tratar).

Es poco probable que un médico o una enfermera auxilien a un paciente a cometer suicidio por "motivos egoístas" (o de propio interés). Sin embargo, si se debe observar que en el caso en que alguno de ellos ponga al alcance o disposición de un paciente alguna droga y ello cause su muerte sería constitutivo de un homicidio por negligencia tal y como lo prevé el art. 117 del Código Penal: "Aquel que por negligencia cause la muerte de un ser humano será castigado con prisión o multa."

Este artículo no se refiere únicamente a médicos y enfermeras también serán responsables aquellas personas que tengan a su cargo el cuidado de la persona.

Un delito puede ser cometido tanto por una omisión como por un acto.. Alguien puede causar la muerte de un enfermo por no cumplir en proporcionarle el tratamiento médico y los cuidados que necesita para recobrase o para prolongarle la vida. Si esta omisión constituye un delito depende de si la persona que dejo de actuar o no actúo (omisión) estaba obligada legalmente a actuar. Si únicamente estaba obligada por convicción o por reglas morales la omisión no constituye un acto punible. Pero si se trata de personas legalmente obligadas, ya sea por parentesco o por la prestación de un servicio (doctores y enfermeras), la omisión sería clasificada, según lo establece el Código Penal Suizo, como un homicidio intencional o como un homicidio por negligencia.

Existirán otros casos en que la iniciativa no parta de la propia víctima pero que ésta se halle de acuerdo; según las circunstancias particulares de cada caso el culpable será sentenciado por asesinato, homicidio u homicidio en un arrebato de pasión.

Sería inútil tratar de hacer predicciones de como sería calificado cada caso en particular ya que como se señaló anteriormente esto dependerá de las circunstancias particulares de cada caso.

Sin embargo se puede decir que los actos cometidos como actos de eutanasia lo más probable es que constituyan un asesinato bajo las leyes suizas, con una pena de cadena perpetua. Excepto en los casos en que el culpable sea dirigido por una orden de un superior o de una persona de la que sea dependiente; o que demuestre el verdadero motivo (de piedad) que lo llevó a actuar de ese modo.

Por otro lado, el caso de un doctor que mata a uno de sus pacientes para aliviar su sufrimiento, no necesariamente constituirá un asesinato,, ese acto no evidencia *per se* un motivo censurable o de extrema peligrosidad, excepto en el caso en que el médico haga de esto una práctica general.

En los casos de homicidio en un arrebato de pasión el castigo será reclusión hasta por diez años o prisión entre 1 y 5 años.

En conclusión se podría decir que en los casos en que la víctima no es matada por su seria e insistente demanda, el culpable probablemente será severamente castigado.

3.2.7 H O L A N D A

La relación entre el cuerpo legislativo y el poder judicial parece tomar la forma de una competencia en el campo de la eutanasia. Por un lado existe un caso reciente de una ley que intenta formular lineamientos generales que ofrezcan una guía. La decisión de la Suprema Corte de 27 de noviembre de 1984 juega un papel crucial aquí. Por el otro lado, el Gobierno y el Parlamento también han hecho un intento por resolver este asunto a través de la legislación. La decisión de la Suprema Corte forma la culminación de un proceso criminal seguido en contra de un doctor bajo lo establecido por el art. 293 del Código Penal , que se lee:

Art. 293.- "Aquel que tome la vida de otra persona a petición explícita y seria de esa persona, será castigado con prisión no mayor de doce años."

El 16 de julio de 1982, el doctor acusado administró a una anciana de 95 años algunas inyecciones causando así su muerte. La mujer había firmado una declaración de eutanasia (*Living Will*) en 1980, en donde señalaba que en el caso de que sufriera de alguna

enfermedad física o mental de la cual no se esperara recuperación, ella deseaba se terminara con su vida con la eutanasia. En julio de 1982 la mujer expresó en repetidas ocasiones sus deseo de morir. Ella reafirmó su deseo el 16 de julio de 1982 en presencia de su hijo y de un asistente del médico.

En el proceso celebrado en Alkmaar, fue absuelto por considerar que, desde el punto de vista legal, su conducta no podía tacharse de indeseable. Pero el Ministerio Fiscal decidió apelar.

La Corte de Apelación de Amsterdam dio marcha atrás a la decisión de la Corte del Distrito de Alkmaar y encontró al doctor culpable de cometer el crimen señalado en el art. 293 del Código Penal.

El doctor apeló a la Suprema Corte.

En noviembre de 1984 el Tribunal Supremo remitió el caso de nuevo al Tribunal de Apelación para que fuera reconsiderado. De acuerdo con su parecer hubo negligencia por parte del Tribunal de Apelación a la hora de averiguar si el médico disponía de otras alternativas al momento de auxiliar a la anciana.

En el otoño de 1986 la Corte absolvió al doctor. La decisión de la Suprema Corte provocó muchas reacciones.

Los intentos emprendidos por el cuerpo legislativo de aclarar y dar certeza legal a este campo afectaron a la sociedad holandesa. Tres eventos fueron los que jugaron un papel principal en la discusión.

En 1982 se instaló un Comité Gubernamental para informar en el futuro el curso tomado por el gobierno en el campo de la eutanasia. El comité debía dar una consideración especial a los aspectos de legislación y administración de justicia. En agosto de 1985, el comité emitió su informe que contenía una detallada propuesta de previsiones. Dos miembros difirieron de la mayoría de 13 miembros y se declararon en favor de la restricción legislativa.

En el período previo al informe de comité, un miembro del Parlamento tomó la iniciativa de proponer un proyecto de ley. El proceso parlamentario de este proyecto de ley pronto causó problemas políticos severos para los partidos que constituían la coalición que gobernaba. Para burlar nuevos debates parlamentarios el Gobierno propuso su propio proyecto de ley. Ambos borradores fueron sometidos al *Council of State* con la solicitud de advertir de la posibilidad de interferencias legislativas respecto a la eutanasia.

Ambos, el borrador parlamentario y el borrador gubernamental, dieron a entender que se debía agregar un segundo párrafo al mencionado art. 493 C.P.

La propuesta parlamentaria se leía:

"El acto referido en el primer párrafo no constituye un acto criminal si la terminación de la vida de la persona es afectada por un médico en el marco de una asistencia cuidadosa a una persona que encara una situación de desesperanza y ayuda."

La propuesta gubernamental señalaba:

"El doctor no será castigado si comete el acto dentro de un marco de asistencia a una persona moribunda, si la terminación de la vida de esa persona resulta de un comportamiento médico cuidadoso al requerimiento explícito serio del paciente que sufre intolerablemente, y si bajo prevalecientes standards médicos existe una expectativa definitiva de muerte como resultado de la enfermedad, y ningún tratamiento médico nuevo serviría para cualquier propósito razonable en el paciente. En ese caso ningún otro cómplice podrá ser castigado."

Antes de que el *Council of State* fuera capaz de informar acerca de estas dos propuestas, el tema de la eutanasia causó una intensa controversia en la formación de un nuevo Consejo de Ministros en la primavera de 1983. Los partidos políticos podían alcanzar un acuerdo respecto a la eutanasia. Es interesante notar que tanto el caso legal como el informe que debía rendir el *Council of State* jugaron un papel importante en ese acuerdo. Primero, el proceso legal del médico sería usado como punto de partida del curso del Gobierno en el período

previo a la posible revisión del código penal, mientras que un futuro proceso legal sería repetidamente revisado.

En segunda, el informe del *Council of State* formaría el principal marco para cualquier actividad legislativa tomada por los partidos políticos involucrados.

Antes de las conclusiones de este acuerdo, el *Council of State* desechó ambas propuestas, desde su punto de vista, el asunto de la eutanasia no estaba suficientemente establecida en los procesos legales como para merecer una interferencia legislativa. Ya que sólo existía una sola decisión de la Suprema Corte relativa a la eutanasia, el *Council of State* advertía sobre la espera de nuevos procesos; el *Council* también ponía atención al hecho de que la eutanasia no estaba contenida en las legislaciones de otros países.

En 1973 fue fundada en Holanda la Sociedad para la Eutanasia Voluntaria, sus miembros son más de 25,000.

El Dr. Philippe Schepens secretario general de la Federación Mundial de Médicos que respeta la vida humana afirma que en Holanda como el 15% de las muertes son por eutanasia.

El sistema jurídico holandés se basa en el Derecho Romano, está orientado principalmente hacia el Derecho Civil. no existe el jurado, la justicia la administra el juez de profesión -cargo vitalicio designado por

la Reina-, y su independencia está garantizada por la Constitución. Los jueces gozan de un prestigio social considerable, y la imparcialidad en el uso de su independencia y autoridad ha hecho que sean sumamente respetados. Como no tienen que enfrentarse a las campañas electorales, los jueces pueden permitirse muchas resoluciones impopulares.

En realidad, los procedimientos electorales de los holandeses no se rigen por sus precedentes (derecho consuetudinario). La Corona y el Parlamento dictan las leyes, y dejan muy poco margen de interpretación. En cambio, la flexibilidad del sistema proviene de Ministerio Fiscal, que se ocupa de todos los derechos de orden penal. Tiene una libertad discrecional que es la envidia de muchos ministerios fiscales de otros países. En Holanda el Ministerio Fiscal se halla bajo la tutela del Ministerio de Justicia, que sólo interviene por motivos constitucionales. El Ministerio Fiscal goza de suficiente autonomía para sobreseer casos de orden penal si el fiscal considera que ello beneficia el interés público, y de hecho, casi un 80% de los casos son desestimados. Por lo tanto, estos delitos se resuelven por otros medios.

La evolución de la eutanasia en Holanda se puso de manifiesto en 1981, cuando un tribunal de Rotterdam estableció diez requisitos para no penar la ayuda a los moribundos:

- 1.- En caso de sufrimientos físicos y psíquicos insoportables para el paciente.
- 2.- El sufrimiento y el deseo de morir deben ser constantes, no pasajeros.
- 3.- La decisión de morir debe corresponder a la decisión voluntaria de un paciente bien informado.
- 4.- La persona en cuestión debe tener un concepto claro y preciso de su condición, así como de otras posibilidades, y debe ser capaz de evaluar estas alternativas.
- 5.- Cuando no exista otra solución razonable, aceptada por el paciente para mejorar su situación.
- 6.- El momento y la forma de morir no deberán causar perjuicio innecesario a terceros.
- 7.- La decisión de ayudar a morir no debe recaer en una sola persona. Es obligatorio consultar con otro profesional (doctor, psicólogo).
- 8.- En la decisión debe intervenir un médico para recetar los medicamentos adecuados.

9.- La decisión y la ayuda deben llevarse a cabo con las máximas precauciones.

10.- No es necesario que el enfermo se esté muriendo para recibir ayuda. Los parapléjicos pueden solicitar y obtener ayuda para morir.

Entre 1982 y 1984, se presentaron ante el Ministerio Fiscal treinta y seis casos de eutanasia, veintiocho de los cuales fueron sobreseídos de inmediato y cinco más desestimados después de la investigación judicial.

En 1985 el debate sobre la eutanasia voluntaria en Holanda se inclinó rápidamente en favor de la legislación parlamentaria de forma que las decisiones y la conducta de los tribunales adquirieran forma de estatuto. Durante tres años, una comisión gubernamental estudió la mejor forma de regular la eutanasia, y en agosto de 1985 decidió que era preferible legalizarla sin más demora y bajo ciertas condiciones.

Los partidos políticos acordaron abordar la cuestión después de las elecciones de 1986, en vista de que más de $\frac{1}{4}$ partes de la población holandesa aprobaba la eutanasia y que aproximadamente 7 mil personas morían al año gracias a la eutanasia, según las encuestas realizadas.

El Partido Demócrata Cristiano hizo pública su oposición; *The Economist* informó que aunque los demócrata cristianos formarían parte del próximo gobierno casi con toda seguridad, no era probable que fueran capaces de impedir la promulgación de la ley sobre la eutanasia.

3.2.8 ALEMANIA

El Código Penal Alemán de 1870, reformado el 8 de agosto de 1953, dispone en su art. 216: "Aquel que por expresa y seria demanda del que resultó muerto, fue determinado al homicidio, será condenado a prisión de tres años como mínimo. Si existieren circunstancias atenuantes, la pena de prisión no será menor de seis meses." Se trata a la figura del homicidio consentido como tipo atenuado, dentro de cuyos términos puede encuadrar el homicidio por piedad. En la sesión celebrada en diciembre de 1951, por la *Berliner Medizinischen Gesellschaft*, se propuso introducir en este párrafo una adición que declara la impunidad del homicidio eutanásico.³³

El Código Penal Alemán además de no considerar asesino, sino homicida al que mata por piedad le reduce la pena considerablemente

³³ Cuello Calón, Eugenio Tres temas penales: El aborto criminal, El problema penal de la eutanasia, El aspecto penal de la fecundación artificial Serie: Publicaciones del Seminario de Derecho Penal y Criminología de la Universidad de Barcelona Ed. Bosch Barcelona, España.

(no más de cinco años y no menos de seis meses) de acuerdo al art. 213 C.P. que habla de las circunstancias atenuantes.³⁴

El art. 211 dice: "Una persona es asesino si mata a un ser humano por deseo de matar, por la satisfacción de un deseo sexual, por codicia, o por cualquier otro motivo ruin; en traición, o de modo cruel, o por medios que causen un peligro común; o por hacer posible o encubrir otro crimen."

Para el Código Penal Alemán matar estando de por medio el sólo consentimiento equivaldría a homicidio simple.

En Alemania la mayoría de los juristas consideran ilícita y antijurídica la eutanasia. La jurisprudencia alemana ha declarado que: "La muerte misericordiosa de una persona en agonía, con graves padecimientos, causado por un supuesto medio de mitigación, está prohibida moral y legalmente."

Proyectos de Autorización en Alemania

Se presenta, por primera vez en este siglo, un proyecto al Parlamento de Sajonia en 1903 el cual fue rechazado.

³⁴ El Código Penal de la República Federal de Alemania fue revisado a fondo después de la guerra y publicado ya libre de las influencias nazis en 1952.

En 1909 la Asociación Monista Alemana presenta un segundo proyecto, el cual pasó a comisión pero nunca obtuvo pronunciamiento; y un tercer proyecto presentado en 1912 corrió la misma suerte.

Estos dos últimos proyectos eran muy semejantes y disponían que: tiene derecho a la eutanasia toda persona enferma incurable y atacada de dolores insoportables, que presente una solicitud al tribunal correspondiente, previo examen médico realizado por un comité médico y elevado el informe al tribunal éste reconocerá al enfermo su derecho de hacerse matar si del informe resultara que es más probable la muerte que el retorno a la plena capacidad para el trabajo; caso contrario la solicitud será negada. Estableciendo la impunidad del particular que diera muerte al incurable, siempre que el derecho a la eutanasia le hubiere sido concedido, según proyecto de 1909; y según el de 1912, sería impune si la víctima hubiere manifestado su voluntad de morir formal y categóricamente, pero sería castigado con pena de reclusión si no mediare dicho consentimiento.

En 1933, el Ministro de Justicia de Prusia dio a conocer un esquema de Código Penal Nacional-Socialista, que no obtuvo sanción legislativa y que en materia eutanásica disponía autorizar a los médicos a poner fin sin dolor a los enfermos incurables, a solicitud del paciente o sus familiares y previo examen de dos médicos oficiales.³⁵

³⁵ Jiménez de Asúa, Luis Alberto, *op. cit.*

Al estallar la Segunda Guerra Mundial el campo fue propicio para llevar a la práctica estas ideas. Por una disposición, a finales de 1933, Hitler llevó a cabo el programa eutanásico; miles de enfermos mentales fueron privados de la vida (se estima fueron alrededor de 80,000)³⁶. (Después de una inyección de morfina-escopolamina, los pacientes, en un estado de sueño, eran llevados por grupos a las cámaras de gases; se incineraban los cadáveres y se comunicaba la muerte a los familiares, atribuyéndola a enfermedad u otro motivo falso.

Pero el llamar a este exterminio "eutanasia" fue sólo una forma de camuflar un programa de exterminio masivo con el que se intentaba lograr una depuración y selección de la raza aria. Esto fue una matanza sin piedad que nada tenía que ver con los verdaderos propósitos de la eutanasia.

3.3 EL CONSENTIMIENTO ¿QUIÉN DEBE DECIDIR?

No se esta obligado nunca al uso de medios "extraordinarios", sin embargo, este principio puede ser hasta cierto punto impreciso, ya que en la actualidad es de tanta importancia el despliegue tecnológico que resulta excesivamente ambigua la distinción entre medio "ordinario" y "extraordinario" Entonces podríamos preguntarnos ¿qué se considera

³⁶ Cuello Calón, Eugenio, *op. cit.*

actualmente como medios "extraordinarios"? En términos generales podemos entender lo siguiente:

-Los medios ordinarios son los usuales de la terapia médica, comunes a muchas dolencias. Ej. suministro de oxígeno.

-Los medios extraordinarios son aquellos que no son de uso común. Ej. el empleo de respiradores mecánicos.

Sin embargo, cabe observar que algunos de estos medios extraordinarios pueden ser considerados como ordinarios en algunos hospitales que cuenten con excelente dotación, y viceversa, algunos medios ordinarios podrían ser calificados como extraordinarios en aquellos centros de salud que se encuentren restringidos. Así como también, medidas terapéuticas que hoy pueden parecer extraordinarias mañana podrán ser consideradas ordinarias.

Si los enfermos tienen derecho a recurrir a los medios más avanzados (incluso aunque estos se encuentren en fases experimentales) porque entonces no tienen derecho también a renunciar a todos aquellos medios que prolongan penosamente su existencia.

La vida es un don de Dios, la muerte es algo natural e ineludible y para los cristianos es el cambio a la vida inmortal, entonces para que prolongar la vida y no hacer frente a la muerte; no hay porque negarse

a morir en paz y terminar con una vida en condiciones tan penosas tanto para el propio enfermo como para la familia.

Muchas veces tanto el médico como los familiares ocultan al paciente la gravedad de su enfermedad tratando de negarse a sí mismos que el fin está cerca, lo único que logran con esta actitud es privar al enfermo del derecho de conocer, preparar y presidir su propia muerte.

Aquellos que apoyan la práctica de la eutanasia se encuentran ante un dilema al preguntarse quien debe tomar la decisión. Surgen posiciones diversas ya que hay quienes opinan que debe ser el propio paciente ya que se trata de su vida, otros opinan que la familia, y unos más que el médico ya que es quien mejor conoce la situación y las posibilidades que se tienen.

A continuación se anotan los pros y contras de cada uno de los involucrados en el asunto y que se podría pensar fueran los indicados para tomar tan trascendental decisión:

3.3.1 LOS MÉDICOS

Los **médicos** son expertos en su ciencia por lo que se encuentran en una posición privilegiada respecto de los familiares del enfermo y de éste último en la comprensión del diagnóstico de la enfermedad.

Pero su participación debe reducirse a proporcionar una buena información del caso tanto al enfermo como a sus familiares, explicándoles las posibilidades de vida que existen, los tratamientos verdaderos y actuales hasta el momento, las consecuencias que pudiera acarrear la enfermedad, las posibilidades de recuperación, etc.

No es realmente el médico la persona idónea para tomar una decisión de esta magnitud, pero si es relevante su participación en cuanto a que es él quien deberá orientar al paciente y a sus familiares para tomar la mejor decisión posible.

3.3.2 LOS FAMILIARES

Los **familiares** sólo podrán tomar la decisión cuando el paciente se encuentre en un estado de inconsciencia o incapacidad de tomarla, y sólo estando completamente convencidos de que es lo mejor para el enfermo o que quizás él mismo la hubiere tomado de saberse en un estado semejante.

Pero los familiares tampoco son la mejor opción para tomarla, ya que se podría pensar en una "conspiración" de estos en contra del enfermo, por intereses muy diferentes al bienestar exclusivo del paciente.

3.3.3 EL PACIENTE

El **paciente** es el que debería tener la última palabra respecto a suspender o no el tratamiento que le está alargando la vida. Cada individuo tiene una serie de valores basados en su religión o en principios morales y según cada persona los conciba podrá decidir sobre su destino.

Si llegado el momento de decidir la persona se encontrara inconsciente o incapacitada para tomar la decisión es cuando surge la pregunta de quién deberá tomar la decisión en su lugar. Por este motivo se hace necesaria la creación de una legislación, la cual contemple la elaboración de un "Testamento en Vida" (*Living Will*) en el cual se contenga la voluntad del enfermo cuando aún se encuentra sano³⁷. El cual firmara ante dos testigos que verificaran que el consentimiento se de efectivamente en forma voluntaria. Este documento podría revocarse en cualquier momento por el propio paciente o a petición de éste. Esto les facilitaría a los médicos y familiares a la hora de tomar una decisión, eliminando de ellos el sentimiento de culpa que en un momento dado les surgiera; evitando también posibles "conspiraciones" tanto de médicos como de familiares.

³⁷ *Vid infra* 3.4 Eutanasia Voluntaria y "The Living Will": Testamento Vivo.

3.3.4 EL CONSENTIMIENTO Y LA EUTANASIA

La mayoría de los códigos penales modernos consideran el homicidio con consentimiento de la víctima y lo penalizan más levemente que el homicidio simple. Las penas fluctúan alrededor de 60 días de prisión en Dinamarca a seis años en Italia.

Edmund Mezger, destacado jurista alemán, distingue entre el consentimiento y la petición de la víctima. La petición es más que el mero consentimiento.³⁸

El acto del que ayuda al suicidio no se puede equiparar al del homicidio simple. El acto no es igualmente punible, pues el agente no tuvo la agresividad originante del homicidio ordinario, sino que "ayudó" a la víctima.

En nuestro país es el art. 312 C.P.D.F. el que hace referencia al homicidio con consentimiento de la víctima.

Art. 312 El que prestare auxilio o indujere a otro para que se 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.

³⁸ Carrancá y Rivas, Raúl "El homicidio consentido o la exclusión del Injusto y de la culpabilidad en el delito de homicidio" en Revista Mexicana de Prevención y Readaptación Social Jul-Aglo-Sept 1975. México, D.F.

3.4 EUTANASIA VOLUNTARIA Y *THE LIVING WILL*: TESTAMENTO VIVO

Los años setenta han representado quizá la etapa más importante en relación al tema que estamos tratando. Surge el *Euthanasia Education Council*, una organización que ha ejercido presión en los círculos legislativos, para crear legislación encaminada a la legalización de la eutanasia. Han logrado preparar y distribuir el llamado Testamento Vivo o *Living Will*, un documento que puede ser firmado por cualquier persona con capacidad testamentaria, en presencia de dos testigos, en donde se manifiesta el deseo de no prolongar la vida en caso de una enfermedad terminal o un accidente serio.

Es la forma de asegurarse de que el consentimiento de la persona se da en forma voluntaria y consciente, y esto será mientras se encuentre sana y con capacidad racional y no ya que se vea enloquecida por los dolores y los medicamentos.

Es importante reconocer que un *Living Will* no autoriza todo tipo de eutanasia. Ésta puede ser, como ya se vio anteriormente, voluntaria o involuntaria y activa o pasiva. Por medio del *Living Will* se autoriza únicamente la eutanasia voluntaria pasiva causada por la omisión o retiro de ciertos tratamientos o aparatos.

Aunque en México no existen esta clase de documentos, existen países en donde sí los hay, pero no tienen fuerza legal (obligatoriedad) por la falta de un soporte legislativo. Sin embargo, tienen un efecto práctico significativo sobre la familia y el médico. La elaboración de un *Living Will* puede borrar el sentimiento de culpa de éstos, al tener que ser ellos quienes tomen la decisión de retirar o no los aparatos. La existencia de un *Living Will* puede persuadir a los médicos y al hospital de no continuar con los vanos esfuerzos de mantenerlo vivo.

Muchos médicos vacilan al tener que tomar la decisión de retirar los tratamientos o aparatos por temor de incurrir en responsabilidad civil, en una muerte injusta, o hasta en responsabilidad penal por homicidio; y no tanto por considerarlo moralmente reprobable. La existencia de un documento elaborado por el paciente los liberaría de sus temores.

Se busca que sea un documento persuasivo dirigido tanto a los médicos como a los familiares. Su existencia puede persuadir a la familia de estar de acuerdo con que sean retirados tratamientos y aparatos así como de abstenerse de entablar demandas posteriores. Además de permitir a los médicos que eviten el uso prolongado de tratamientos y aparatos sin sentido, ya que no le devolverán la salud y sólo prolongarán su agonía.

ELABORACIÓN DE UN *LIVING WILL*

En algunos aspectos el concepto de *Living Will* se parece al concepto de testamento tradicional ya que ambos expresan la voluntad de quien lo elabora antes de volverse incapaces de hacerlo (por enfermedad-*Living Will*, o por muerte-testamento tradicional). Sin embargo el *Living Will* no es una ramificación del testamento tradicional, y por lo tanto, el segundo sólo sirve como guía por analogía para la elaboración del primero.

I.- REQUISITOS GENERALES.

Para la elaboración del documento el interesado deberá comparecer ante la presencia de un notario público, acompañado por dos testigos quienes declararán si la persona se encuentra en pleno uso de sus facultades mentales (sano mentalmente) y si comparece de una manera libre, bajo ningún tipo de presión externa o ajena.

En el documento el interesado señalará, lo más claro y detallado posible cuáles son sus deseos, hasta dónde desea que se llegue en cada caso (por enfermedad, por accidente), etc. Deberá además hacerlo en forma persuasiva hacia sus familiares y a los médicos que lo atiendan.

Lo firmarán también dos testigos que no tengan interés alguno con la situación de quien lo elabora.

Podrá el declarante nombrar apoderado encargado de que sus deseos se cumplan.

II.- CAPACIDAD.

a) Edad: Corresponderá a la edad en que una persona pueda ser capaz de rechazar un tratamiento. Tradicionalmente un menor no tiene la capacidad para hacerlo, quiénes deciden por él son sus padres o quienes ejerzan la patria potestad sobre él; por lo tanto se trata de personas mayores de edad las capacitadas para elaborar un documento de estos.

b) Mental: La capacidad mental será importante por dos motivos:

- Para determinar si la persona es competente en el momento de elaborar el *Living Will*; y
- Para determinar si el consentimiento previo es válido cuando el paciente llegue a estar inconsciente o incapacitado.

El patrón de competencia mental requerido en el momento de elaborar un *Living Will* deberá ser semejante al requerido para rechazar un tratamiento.

La autoridad deberá presumir la competencia mental sobre la incompetencia.

La persona deberá ser capaz de comprender la situación, los riesgos y las opciones; aunque no se requerirá un gran conocimiento de los riesgos y opciones, simplemente el declarante deberá tener la capacidad de poder escoger entre la muerte y una vida artificial mantenida a base de medios terapéuticos.

Para tener una mayor seguridad acerca de la capacidad mental y de la voluntad del declarante se podría exigir que el *Living Will* se firmara cada determinado número de años (una ratificación). El efecto de un documento firmado hace veinte años podría originar dudas entre familiares y médicos; las cuales no se causarían si se hace la ratificación.

III.- REVOCACIÓN.

Al igual que un testamento ordinario permite su revocación, con mayor razón el *Living Will*, en el que está involucrada la vida del declarante.

La revocación podrá ser:

- escrita
- oral
- por destrucción o cancelación del documento

La revocación escrita podrá consistir en la elaboración de un documento que señale la nueva voluntad del declarante en donde

manifiesta su deseo de revocar el *Living Will*; también puede tratarse de una simple carta firmada ante dos testigos y que entregará a su apoderado encargado de que su voluntad se llevara a cabo.

La revocación oral deberá hacerla ante la presencia del médico y dos testigos. Con eso bastará para tener por revocado el *Living Will*; aunque deberá hacerlo del conocimiento de su familia y de su apoderado.

La revocación consistente en la destrucción del documento presenta un inconveniente que es el de saber si efectivamente quien lo elaboró fue quien lo destruyó; aunque es una forma más de revocación, no es la más conveniente.

En cambio, la cancelación del documento se podrá hacer cruzando todas y cada una de las hojas del documento, firmando el interesado al final y señalando la fecha de cancelación.

La revocación podrá realizarse en cualquier momento que lo deseé el declarante.

LA PARTICIPACIÓN DE LA AUTORIDAD

Para evitar abusos y fraudes en la aplicación de la eutanasia, la autoridad podría tener un grupo de médicos peritos encargados de emitir una segunda opinión en relación a la situación de salud del

enfermo. Y serán ellos, después de su diagnóstico, quiénes decidirán si el paciente es o no un candidato para que le sean retirados aparatos y tratamientos.

MODELO DE UN *LIVING WILL*

El signatario deberá elaborar por lo menos dos copias del documento; una dirigida a la familia y a los médicos en general y otra dirigida específicamente a los médicos del paciente.

"INSTRUCCIONES PARA MI CUIDADO

A mi familia, médicos, abogados, clérigos y cualquier otra persona involucrada en mi cuidado.

Yo, _____, amo la vida, y quiero vivir y disfrutar la vida tanto como sea posible. Sin embargo, me doy cuenta que el tiempo pasa y que puede llegar el momento en que no disfrute más de la vida y que a través de medios mecánicos se prolongue el proceso de mi muerte. Insisto en que tengo el derecho de rechazar cualquier tratamiento médico o quirúrgico. Después de una consideración cuidadosa, estoy ejerciendo ese derecho libre y voluntariamente en estos momentos en que soy totalmente competente y sano mental. Si estas instrucciones entran en conflicto con los deseos de mi familia, con la política del hospital, o con la filosofía del médico, insisto en que deberá prevalecer mi decisión. Doy estas instrucciones como una

expresión de mi profundo deseo de relevar tanto a mi familia como a los médicos de cualquier sentimiento de culpa o responsabilidad por mi muerte.

Quiero participar en la toma de decisiones relacionadas con mi cuidado médico lo más posible, pero reconozco que se puede llegar el día en que por alguna enfermedad o accidente no pueda yo hacerlo; es por ello que si por alguna de estas causas llego a ser legalmente incompetente o incapaz para rechazar algún tratamiento, las siguientes instrucciones expresan mi decisión. Expresamente me reservo el derecho de revocar este documento en cualquier momento, lo cual informaré tanto a mis familiares como a mi médico.

No deseo que mi vida se prolongue a cualquier costo. Ésta es una autorización para que sea retirado todo tipo de tratamiento si en consideración de mi médico (y otro médico consultado)³⁹ mi muerte es inminente y/o no existen expectativas médicas razonables de recobrar la salud.⁴⁰

³⁹ El otro médico consultado podrá ser un perito médico designado por la autoridad.

⁴⁰ Se pueden presentar dos situaciones:

Alternativa 1.- Se trata de enfermedades terminales donde la muerte es inminente. "Esta autorización es para que se retire todo tipo de tratamiento y aparatos si mi médico, y otro médico consultado, determinan que sufro de una enfermedad terminal donde la muerte es inminente si no se aplican los mecanismos de apoyo".

Alternativa 2.- No se trata de enfermedades terminales pero son casos en los que difícilmente se podría recobrar la salud como pueden ser algunos de los siguientes casos:

- a) Inconsciencia de la que no me recobraré,
- b) Daño o deterioro cerebral irreversible el cual no me permitirá interactuar con aquellos que me rodean, o que perjudique severamente y de forma irreparable mis facultades mentales normales,
- c) Daño corporal serio que cause perjuicio o incapacidad permanente e irreversible y cause severos dolores,
- d) Cualquier deterioro progresivo de músculos, huesos o tejidos que requiera una dependencia creciente de sustancias intravenosas sin una esperanza razonable de recuperación, y

Si se dieran cualquiera de estas condiciones, no quiero que se prolongue mi vida, ya que cualquier significado que pudiera tener la vida habrá pasado para mí. No temo a la muerte y prefiero morir en forma natural bajo estas condiciones que ver prolongada mi vida a través de medios artificiales. En esa situación niego mi consentimiento para que se utilicen técnicas extraordinarias que artificialmente mantendrían mi vida y la prolongarían pero sin ninguna oportunidad de cura o reversibilidad de mi condición.

Los siguientes tratamientos no me deberán ser aplicados:

(Se enumerarán aquellos que no se desee sean aplicados tales como: respiradores artificiales, máquinas para estimular el corazón, entubaciones que mantengan la traquea abierta, servicios de cuidados intensivos en general, alimentación intravenosa por períodos prolongados, etc.).

Para encargarse de que mi voluntad sea cumplida autorizo a _____ para que consulte a los médicos acerca de las posibilidades de recuperar mis capacidades y para aceptar o rechazar tratamientos en mi nombre. Si le fuere imposible a esta persona, autorizo a _____ para que tome estas decisiones por mí. Pongo mi más profunda confianza en estas personas porque ellas saben como valoro

f) Cualquier enfermedad o accidente que me deje incapacitado para cuidar de mí mismo o me prive de movimiento independiente.

la vida y por ello me niego a que se me apliquen tratamientos médicos que se exceden.

Estas instrucciones se aplicarán a cualquier personal médico y hospital que esté encargado de mi persona. El que sigan estas instrucciones los releva de cualquier responsabilidad, y yo expresamente los relevo de cualquier responsabilidad civil por llevarlas a cabo. Si cualquier acción tomada es contraria a estas instrucciones por la presente solicito a mi apoderado legal ejercite acción legal en contra de los involucrados.

Firma

Fecha

Nosotros atestiguamos que la persona que elabora y firma este documento en nuestra presencia esta mentalmente sana y voluntariamente firmó este documento; sin que nosotros sepamos de ninguna presión que lo obligara a hacerlo.

Firma Testigo no interesado_____

Firma Testigo no interesado_____

3.5 LEGISLACIÓN Y ANTECEDENTES EN MÉXICO

El primer código penal que encontramos en el México Independiente es el de Veracruz de 1835; y aunque en él no encontramos ningún precepto relativo a la eutanasia si encontramos uno relacionado con ella, y que podría considerarse como los primeros antecedentes de ésta. El artículo al que nos referimos es el 542 que habla sobre la ayuda al suicidio:

Art. 542.- El que ayudare a otra persona en el acto de suicidarse, o el que antes lo poveyere de medios al efecto, conociendo lo que intenta, o dejare de dar aviso correspondiente a quien deba o pueda impedirlo, se tendrá como cómplice de homicidio, sujeto a las penas que respectivamente quedan establecidas en la primera parte de este código. Nunca, sin embargo, se le impondrá la capital, a no ser que haya sido él quien sedujo u obligó al suicida a darse la muerte.

El 7 de diciembre de 1871 se promulga el primer Código Penal para el Distrito Federal y Territorio de Baja California; y el cual, con el tiempo, fue adoptado por la mayoría de los estados. Este código tampoco contenía preceptos específicos sobre la eutanasia, aunque el art. 559 hace referencia a la voluntad de la víctima y a su orden (petición).

Art. 559.- El que dé muerte a otro con voluntad de éste y por su orden, será castigado con 5 años de prisión. Cuando solamente lo provoque al suicidio, o le proporcione los medios de ejecutarlo, sufrirá un año de prisión, si se verifica el delito. En caso contrario, se le impondrá una multa de 50 a 500 pesos.

En el Código Penal de 1929 encontramos algunos artículos relacionados con nuestro tema pero que no tienen mayor importancia debido a que este código sólo estuvo vigente menos de 2 años

Art. 982.- El que dé muerte a otro por voluntad de éste y por su orden, se le aplicará una sanción de 4 a 6 años de segregación y multa de 30 a 50 días de utilidad.

Art. 983.- Cuando solamente lo induzca al suicidio o le proporcione los medios para ejecutarlo, se le aplicará una sanción hasta de 3 años de segregación y multa de 30 a 50 días de utilidad si se verificara la muerte o se causa lesiones. En caso contrario sólo se hará efectiva la multa.

Encontramos una novedad en el siguiente artículo:

Art. 984.- Si el occiso o suicida fuere menor de edad o padeciere alguna de las formas de enajenación mental, se aplicarán al homicida o instigador las sanciones señaladas al homicidio calificado.

El Código Penal de 1929 fue derogado por el código promulgado el 14 de agosto de 1931 por el Presidente Pascual Ortiz Rubio y el cual está vigente hasta nuestros días. En nuestro Código Penal vigente no se encuentra tipificada la eutanasia como tal; cuando llega a presentarse un caso de estos se le da el tratamiento de un homicidio, según las circunstancias en que se presente.

Antes de estudiar con más detalle los artículos aplicables a la eutanasia sería conveniente ofrecer un panorama general del Título Decimonoveno: Delitos contra la vida y la Integridad Corporal; y sus penas.

Penalidades en los casos de Homicidio

Homicidio Simple Intencional art. 307	De 8 a 20 años
Homicidio en estado de emoción violenta art. 310	De 2 a 7 años
Homicidio - Suicidio art. 312	
a) Auxilio al suicida	De 1 a 5 años
b) Auxilio hasta el punto de ejecutarlo	De 4 a 12 años
El art. 307 hace referencia al homicidio simple y a su pena:	
Instigación agravada para el suicidio art. 313	De 20 a 40 años
Homicidio Calificado art. 320	De 20 a 40 años
Homicidio en razón del parentesco o relación art. 323	De 10 a 40 años

HOMICIDIO SIMPLE

Art. 307.- Al responsable de cualquier homicidio simple intencional, y que no tenga señalada una sanción especial en este Código, se le impondrá de ocho a veinte años de prisión.

HOMICIDIO EN ESTADO DE EMOCIÓN VIOLENTA

Art. 310. Se impondrá de dos a siete años de prisión, al que en estado de emoción violenta cause homicidio en circunstancias que atenúen su culpabilidad. Si lo causado fuesen lesiones, la pena será de hasta una tercera parte de la que correspondería por su comisión.

Un caso de eutanasia podría tener cabida dentro de este artículo si al momento de cometerse la persona que lo hizo se encontraba en estado de emoción violenta, lo cual le permitió decidirse a hacerlo.

HOMICIDIO - SUICIDIO

AUXILIO E INDUCCIÓN AL SUICIDIO

Art. 312. El que prestare auxilio o indujere a otro para que se 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.

Art. 313. Si el occiso o suicida fuere menor de edad o padeciere alguna de las formas de enajenación mental, se aplicarán al homicida o instigador las sanciones señaladas al homicidio calificado o a las lesiones calificadas.

Aunque la pena señalada por el art. 312 es mucho menor a la del homicidio calificado este artículo no habla de la motivación del sujeto activo y no es lo mismo aquel que auxilia a una persona sana a suicidarse que aquel que auxilia a un enfermo guiado por móviles de piedad ante el sufrimiento de éste; además de que la pena se incrementa si es él mismo quién lo ejecuta (que tratándose de una persona enferma será lo más seguro).

El art. 313 hace referencia al caso en que el sujeto pasivo es un menor de edad o padece algún tipo de enajenación mental, sin embargo, este artículo no nos interesa ya que únicamente estamos tratando los casos de eutanasia voluntaria donde el sujeto pasivo es una persona capaz.

HOMICIDIO CALIFICADO

Los elementos que configuran el homicidio calificado son: la premeditación (art. 315 2a. parte), la ventaja (art. 316), la alevosía (art. 318) y la traición (art. 319).

Art. 315 (2a. parte).- Hay premeditación, siempre que el reo cause intencionalmente una lesión, después de haber reflexionado sobre el delito que va a cometer.

Se presumirá que existe premeditación, cuando las lesiones o el homicidio se cometan por inundación, incendio, minas, bombas o explosivos; por medio de venenos o cualquier otra sustancia nociva a la salud, contagio venéreo, asfixia o enervantes, o por retribución dada o prometida; por tormento, motivos depravados o brutal ferocidad.

Art. 316.- Se entiende que hay ventaja:

I. Cuando el delincuente es superior en fuerza física al ofendido y éste no se halla armado;

II. Cuando es superior por las armas que emplea, por su mayor destreza en el manejo de ellas o por el número de los que lo acompañan;

III. Cuando se vale de algún medio que debilita la defensa del ofendido, y

IV. Cuando éste se halle inerme o caído y aquél armado o de pie.

La ventaja no se tomará en consideración en los tres primeros casos, si el que la tiene obrase en defensa legítima, ni el cuarto, si el que se halla armado o de pie fuera el agredido, y, además hubiere corrido peligro su vida por no aprovechar esa circunstancia.

Art. 318. La alevosía consiste: en sorprender intencionalmente a alguien de improviso, o empleando asechanzas u otro medio que no le dé lugar a defenderse ni evitar el mal que se le quiera hacer.

Art. 319. Se dice que obra a traición: el que no solamente emplea la alevosía, sino también la perfidia, violando la fe o seguridad que expresamente había prometido a su víctima o la tácita que ésta debía prometerse de aquél por sus relaciones de parentesco, gratitud, amistad o cualquiera otra que inspire confianza.

Analizando los artículos anteriores podríamos concluir lo siguiente:

1.- En el caso de la eutanasia se podría considerar que el acto se cometió con *premeditación* ya que puede darse el caso de que la persona que auxilia a la víctima lo haya hecho después de haberlo pensado y reflexionado durante algún tiempo. Además de que la premeditación se presumirá cuando se hubieren empleado, para llevar a cabo su propósito, *venenos o cualquier otra sustancia nociva para la salud* y generalmente se utilizan sobredosis de medicamentos. Por estas razones es muy probable que se dé la premeditación. Sin embargo al final del artículo encontramos que cuando se comete *por motivos depravados o brutal ferocidad* también se presume la premeditación; pero esto es contrario a la eutanasia ya que ésta se realiza por motivos piadosos.

2.- Se puede pensar que hay *ventaja* si se considera el hecho de que el sujeto activo es *superior en fuerza física* al sujeto pasivo ya que

este último se encuentra enfermo y seguramente muy debilitado motivo por el cual tuvo que ser auxiliado.

3.- *Alevosía*: No se puede dar en los casos que estamos proponiendo ya que es el enfermo quien lo está pidiendo, por lo tanto no se le estaría sorprendiendo.

4.- *Traición*: se dice que obra a traición el que **viola** la fe o seguridad que expresamente había prometido a su víctima; por lo tanto, en la eutanasia no se puede dar la traición ya que se supone que el sujeto activo lo hace a solicitud del paciente y no a sus espaldas; de no ser así no estaríamos ante un caso de eutanasia sino de un homicidio calificado.

La pena para el homicidio calificado la encontramos en el art. 320:

Art. 320 Al autor de un homicidio calificado se le impondrán de veinte a cincuenta años de prisión.

En el supuesto de que un caso de eutanasia sea juzgado como un homicidio calificado la pena resultaría excesiva.

HOMICIDIO EN RAZÓN DEL PARENTESCO O RELACIÓN

Art. 323 Al que prive de la vida a su ascendiente o descendiente consanguíneo en línea recta, hermano, cónyuge, concubina o concubinario, adoptante o adoptado, con conocimiento de esa relación se le impondrá prisión de diez a cuarenta años. Si faltare dicho conocimiento, se estará a la punibilidad prevista en el artículo 307, sin menoscabo de observar alguna circunstancia que agrave o atenúe la sanción a que se refieren los Capítulos II y III anteriores.

Este artículo es muy importante dentro del tema de la eutanasia ya que generalmente quienes auxilian al enfermo para terminar con su agonía son los propios familiares y vemos que la sanción en este caso es muy alta; considerando que se actúo por sentimientos nobles y no por motivos depravados.

A lo largo de su existencia nuestro actual Código Penal de 1929 ha sufrido reformas; sin embargo, es de relevante importancia un proyecto de reforma que en 1949 elaboraron el Dr. Luis Garrido y los penalistas Celestino Porte Petit, Raúl Carrancá y Trujillo y Francisco Argüelles.

Entre otras cosas este proyecto de reforma del Código Penal pretendía contemplar la existencia de la eutanasia como tal y no como un homicidio cualquiera.

El art. 304 del proyecto señalaba: "El que prestare auxilio o indujere a otro a que se suicide, será castigado con la pena de uno a cinco años de prisión. Si lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, la pena será de cuatro a doce años de prisión. Se impondrá de uno a tres años de prisión cuando la privación de la vida se cometa por móviles de piedad, mediante súplicas reiteradas de la víctima, ante la inutilidad de todo auxilio para salvar su vida."

Las dos primeras partes corresponden a lo señalado por el art. 312 de nuestro Código Penal vigente (auxilio e inducción al suicidio); la novedad estaba en la última parte: lo relativo al homicidio por móviles de piedad.

Podemos destacar tres elementos que se desprenden de esta última parte: que habla de un móvil de piedad, no así de los móviles egoístas por parte del sujeto activo; también habla tanto del consentimiento como de la súplicas reiteradas por parte del sujeto pasivo; y de la gravedad de la enfermedad.

La conducta sigue estimándose delictuosa salvo que se le sanciona en términos que pueden reputarse moderados.

Veamos la opinión de Luis Garrido al elaborar este proyecto:

"Estamos conformes en que la ley penal debe ser benigna para el que mata por piedad, a fin de librar a un ser querido de sufrimientos, ya

que se debe valorar la nobleza de su móvil, pero resultaría sumamente peligroso garantizarle la impunidad, puesto que sería un estímulo a este tipo de muertes, con los riesgos inherentes que acabamos de señalar, amen de que se prestaría a cometer dicho acto por un interés determinado disfrazándolo con la circunstancia de que al privar de la vida, el sujeto activo lo hizo guiado por un anhelo piadoso."⁴¹

Para algunos penalistas, como el cubano Evelio Tabio, la eutanasia no debe ser catalogada como delito ya que el sujeto activo no obra dolosamente con la intención de producir un daño o un mal ya que sólo desea acabar con el sufrimiento de la víctima.

Para otros debe dárseles facultades a los jueces para otorgar el perdón judicial bajo las circunstancias de cada caso. Al respecto veamos la opinión de Francisco González de la Vega:

"Démosle al juez facultades de perdonar, pero no en forma de perdón legal, especialmente consignado a determinadas infracciones, sino en forma amplia y generalizada de verdadero perdón judicial. Puesta en manos del magistrado la facultad de perdonar, no habrá juez alguno que a pesar de tener ante él la ley punitiva del homicidio consentido, pronuncie una condena contra el que abrevia los padecimientos de un canceroso que clama por la muerte en los últimos días de sus lancinantes angustias, o de un atacado de hidrofobia que

⁴¹ Garrido, Luis "El Vaticano y la Eutanasia" en Criminología Año XXVIII No. 5 Mayo 1982 México, D.F.

pide la liberación de los terribles espasmos que le martirizan... La justicia transida de piedad es más justa."⁴²

Actualmente el único de los códigos penales de los estados que contempla la figura de la eutanasia es el Código Penal del Estado de México, que entró en vigor el 5 de febrero de 1961, en su art. 234.

Art. 234. Será castigado con prisión de seis meses a diez años y multa hasta de diez mil pesos el homicidio cometido:

I. En estado de emoción violenta que las circunstancias hicieren excusable;

II. En vindicación próxima de una ofensa grave causada al autor del delito, su cónyuge, concubino, ascendientes y descendientes y hermanos; y

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

En el caso de este artículo se equipara la eutanasia, en cuanto a su gravedad ya que la pena es la misma, a los homicidios pasionales o por venganza, con lo cual no estamos de acuerdo.

No hay delito contra la vida que esté rodeado de circunstancias más atenuantes que la eutanasia; no tipificar expresamente la eutanasia tiene el inconveniente de asimilarla a otras figuras con las

⁴² Argüelles, Francisco "La muerte por móviles de piedad" en *Criminalia* Órgano de la Academia Mexicana de Ciencias Penales Año XVIII No. 2 Febrero 1951 México, D.F.

que no encaja plenamente, de no hacerlo cabe el riesgo de que los casos eutanásicos se penalicen desorbitadamente por las agravantes de premeditación, alevosía, ventaja, traición, y/u homicidio en razón del parentesco o relación.

CAPÍTULO IV LA NECESIDAD DE LEGISLAR SOBRE LA EUTANASIA

4.1 IMPLEMENTANDO UN PROYECTO DE LEY PARA LA LEGALIZACIÓN DE LA EUTANASIA

Bajo mi propuesta legislativa el Estado deberá permitir (despenalizar) la práctica de la eutanasia para los casos de enfermos terminales que así lo deseen.

Pero no sólo deberá despenalizarla sino también deberá hacer una clara regulación de como se realizará.

ENMIENDA CONSTITUCIONAL. Deberá reconocerse un derecho individual a la vida y a la muerte. Podríamos decir que en nuestro sistema la vida es un bien jurídico del que libremente puede disponer su titular ya que a nadie se le obliga a vivir en contra de su voluntad ya que el suicidio es considerado atípico (lícito) al no ser sancionado su tentativa o frustración. Sin embargo, este derecho debe ser reconocido

expresamente por la Constitución para poder legislar sobre la eutanasia libremente.

AUTORIZACIÓN DE LA EUTANASIA. "Será lícito el que un médico administre la eutanasia a aquel paciente calificado que previamente ha hecho una declaración de que esa es su voluntad, y la cual tenga fuerza legal al momento de administrar la eutanasia.". Se entenderá para éste acto, como:

médico: aquel practicante de medicina que este registrado.

paciente calificado: aquel mayor de edad que se encuentra en una condición irremediable y que es capaz de expresar su voluntad, o que ya lo hizo con anterioridad.

condición irremediable: puede tratarse de: a) una enfermedad física seria que sea diagnosticada como incurable y terminal y que se espera cause al paciente severos trastornos o una existencia irracional; ó b) un daño o deterioro cerebral tal que las facultades mentales normales de la persona se vean dañadas severa e irreparablemente.

declaración: un testimonio hecho por escrito con las características que más adelante se señalaran.⁴³

DECLARACIÓN HECHA CON ANTERIORIDAD. La persona deberá elaborar lo que se conoce como *Living Will* antes de encontrarse en esa situación de angustia por la enfermedad. Esto permitirá que su decisión no se vea afectada por emociones propias

⁴³ *Vid infra* 3.4 Eutanasia Voluntaria y *The Living Will*: Testamento Vivo.

que se dan al saberse en una condición de enfermedad terminal. Así la voluntad de la persona se externará de forma libre y sin presiones psicológicas. Se tratará de una decisión razonada y libre. Aunque esta declaración también podrá hacerse cuando ya se encuentre enferma.

MODOS DE REVOCACIÓN. La declaración podrá revocarse en cualquier momento con la destrucción del documento que la contiene, señalándolo así en el mismo, o por cualquier otro medio que deje clara su revocación. Pero en cualquier caso será el declarante quien haga la revocación.⁴⁴

DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LOS MÉDICOS Y ENFERMERAS. Antes de aplicar la eutanasia al paciente el médico que esté a cargo deberá asegurarse de que el consentimiento del paciente se proporcionó voluntariamente y que todo esté acorde con sus deseos; no deberá tener sospechas de que el consentimiento se dio por súplicas de los familiares o de cualquier otra persona. Si tiene dudas no deberá actuar. Serán los médicos y las enfermeras que tienen a su cargo al paciente quienes preferiblemente se encargaran de aplicar la eutanasia, aunque esto no excluye a otras personas como familiares y amigos para hacerlo cuando a ellos lo solicite el enfermo.

PROTECCIÓN A MÉDICOS Y ENFERMERAS. Aquel médico o enfermera que, actuando de buena fe, administra la eutanasia a aquel paciente calificado de acuerdo a la voluntad y deseos de éste, no podrá

⁴⁴ *Idem.* Inciso III Revocación.

ser declarado culpable de ningún delito. Los médicos y enfermeras que tomen parte en la administración de la eutanasia no deberán ser juzgados como quebrantadores de algún juramento profesional.

DELITOS. Será considerado como delito, y por lo tanto se castigará, a aquella persona que deliberadamente oculte, destruya o falsifique una declaración con el propósito de crear una falsa impresión acerca de los verdaderos deseos de otra; se castigará a aquella persona que firme una declaración a sabiendas de que es falsa. También se castigará a aquellos que practiquen la eutanasia a personas que no lo deseaban, con la pena equivalente al homicidio calificado.

PÓLIZAS DE SEGUROS. Cuando una persona firme un *Living Will* y esté asegurada deberá dar a conocer este hecho a la aseguradora para que en su póliza se contenga una cláusula en la que se determine bajo que términos se podrá hacer efectivo el seguro. En nuestro país, en el art. 186 de la Ley sobre el Contrato de Seguros establece que: "La empresa aseguradora estará obligada, aún en el caso de suicidio del asegurado, cualquiera que sea el estado mental del suicida o el móvil del suicidio, si se verifica después de dos años de la celebración del contrato. Si el suicidio ocurre antes de los dos años, la empresa reembolsará únicamente la reserva matemática.". De este artículo podemos concluir lo siguiente: ya que la aseguradora se obliga al pago aún en los casos de suicidio, con mayor razón en los casos de eutanasia, ya que no se trata de un suicidio sino de dar paso a una

muerte inminente. Sin embargo, sería prudente que la póliza agregara una cláusula relativa a la eutanasia.

EL PODER DE REALIZAR REGULACIONES. Se deberán hacer regulaciones para determinar quienes podrán firmar una declaración de voluntad; quienes y quienes no podrán ser testigos; regulaciones acerca del cuidado y custodia de dichos documentos; acerca de los médicos y hospitales que podrán ejecutar estos actos; y sobre todas aquellas cuestiones que tengan que ver con este propósito.

4.2 ANÁLISIS DE LAS PRINCIPALES OBJECIONES PARA LA LEGALIZACIÓN DE LA EUTANASIA

Las principales objeciones con que nos podemos encontrar para la legalización de la eutanasia son las siguientes:

- 1.- El reclamo de que doctores ya la practican sin necesidad de su legalización.
- 2.- La dificultad que entraña el poder averiguar con certeza si el consentimiento fue voluntario.
- 3.- La duda de que el "ejecutor" este guiado única y exclusivamente por un móvil de piedad.
- 4.- El riesgo de un diagnóstico médico equivocado.
- 5.- La posibilidad de que se descubran nuevos medicamentos o técnicas médicas.

6.- El reclamo de que el uso de nuevas drogas para controlar el dolor evita el pensar en recurrir a la eutanasia.

7.- El argumento conocido como *slippery-slope*.

8.- La afirmación de que no existen muchos casos de personas que esperan beneficiarse con la eutanasia.

9.- No hay necesidad de legalizarla ya que si una persona realmente desea morir ella misma puede quitarse la vida.

Analicemos cada una de ellas:

1.- La primera objeción que con frecuencia se presenta es que la eutanasia se práctica, incluso entre doctores de prestigio, y por lo tanto no hay necesidad de esa legislación.

En muchas ocasiones cuando sale a la luz pública algún caso de eutanasia donde un médico se ve envuelto surgen reacciones contrarias. Algunos justifican su acto sin embargo no aceptan su legalización. y prefieren que la ley se mantenga como está. Esto no puede ser, no se puede permitir que la ley se este quebrantando y a los médicos se les de el trato de homicidas ya que al fin y al cabo se les puede perdonar. Estas personas se rehusan a darle la fuerza de la ley a sus sentimientos acerca de la eutanasia pero esperan que los doctores tomen riesgos heroicos.

El que no se modifique la ley hace que la práctica de la eutanasia por parte de muchos médicos sea desconocida y hace a muchos otros

disuadir su práctica, pero no porque estén convencidos de que no debe ser sino por el temor a infringir la ley y cometer un delito que los llevaría a perder su libertad e incluso el sustento.

Esta objeción a la legalización de la eutanasia ignora las verdaderas necesidades del paciente que está sufriendo; es cobarde e inhumana.

2.- Otra de las objeción es relativa al consentimiento. El argumento es que el paciente puede estar tan trastornado por el dolor o estupefacto por las drogas que es incapaz de voluntaria y verdaderamente dar su consentimiento para la eutanasia.

Pero este argumento queda invalidado de la siguiente manera: la forma de asegurarse de que el consentimiento de una persona es realmente voluntario es que éste se dé mientras ésta sea sana y racional y esto se logrará elaborando un documento formal donde el paciente declare su deseo. Además este documento también serviría para liberar de sentimientos de culpa a los familiares o de responsabilidad a los médicos.

3.- Una objeción más es en cuanto a que el "ejecutor" no este guiado exclusivamente por móviles de piedad, con el único propósito de abreviar el sufrimiento del enfermo.

Se cree que al legalizar la eutanasia habría un gran número de homicidios de enfermos cometidos por aquellos familiares a quienes los mueven intereses particulares, bajas pasiones o rencores ocultos y quedarían impunes so pretexto de piedad.

Pero esta objeción quedaría eliminada también con la elaboración de un *Living Will*, nombrando en él un apoderado encargado de verificar que todo se realice correctamente de acuerdo a los deseos del paciente.

4.- El riesgo de un diagnóstico médico incorrecto es otra de las objeciones; así como también el que se aplique la eutanasia antes de que el paciente llegue a las etapas terminales de la enfermedad, esto es, antes de que la naturaleza de la enfermedad se haga patente y la muerte inevitable.

Pero no hay razón para esta aseveración; la eutanasia como principio, será aplicada por doctores únicamente como último recurso y una vez que la enfermedad terminal ha sido declarada como tal.

Naturalmente, los doctores pueden cometer errores y la posibilidad de un diagnóstico equivocado no sólo se encuentra en aquellos casos en que la eutanasia pudiera tener aplicación. Un diagnóstico erróneo incluso en casos ordinarios o comunes puede traer consecuencias letales.

Antes de decidirse por la eutanasia en cualquier caso particular, el riesgo de un diagnóstico equivocado debe ser considerado. Sin embargo en los casos de eutanasia voluntaria este riesgo se puede reducir haciendo que dos médicos certifiquen por escrito que el paciente sufre de una enfermedad terminal incurable (peritaje médico). Por supuesto esos médicos estarían sujetos a las leyes penales por cualquier falsificación intencional que hicieren de los diagnósticos o certificados.

Los casos de error en el diagnóstico en los casos susceptibles a la eutanasia no son tan grandes; la mayoría de las veces estas enfermedades son claras en cuanto a sus síntomas y conocida su evolución.

No creo que la pequeña posibilidad de error en el diagnóstico sea mayor que los beneficios obtenidos con la legalización de la eutanasia.

5.- El descubrimiento de nuevos medicamentos o técnicas para la cura de enfermedades. La objeción es que en un futuro podrán surgir descubrimientos médicos que podrían salvar a aquellas personas que han pensado en la eutanasia como una alternativa.

Si se aceptara ésta teoría entonces deberían dejar agonizar a todos aquellos pacientes que sufren terribles dolores por diversas enfermedades, dependiendo únicamente de la esperanza de que en un

futuro se haga un descubrimiento médico que permita la cura de alguna enfermedad fatal y que tenga la suerte de que se trate de la suya.

Pero cualquier fuerza que pudiera tener esta objeción no tiene aplicación en varios casos como pueden ser: los enfermos en estado vegetal, no podrá haber medicamento que cure un cerebro destruido o deteriorado; ni en los casos de personas con diagnóstico de enfermedades en etapas terminales.

Desde luego en los casos que exista un descubrimiento de alivio para aquellas enfermedades en que la eutanasia es una opción ésta se dejará de aplicar.

Esta objeción sólo podría tener cabida en aquellos casos en que la eutanasia se hubiere aplicado poco antes del descubrimiento. Pero es importante hacer notar que el momento a partir del cual se podrá decir que existe un nuevo descubrimiento para una enfermedad no será cuando éste se descubra sino a partir del momento en que sea viable su uso. Y esto generalmente lleva varios meses, si no años.

Los doctores tienen conocimiento de los nuevos descubrimientos mucho tiempo antes de que sean capaces de utilizarlos. En el caso de medicamentos deberán ser probados, manufacturados y distribuidos; en el caso de técnicas de cura la información deberá ser recopilada y difundida, y los terapeutas adiestrados. Y en muchos casos la persona

estará tan deteriorada por la enfermedad que éste nuevos descubrimiento quizás sólo lo alivie un poco y no del todo.

Podría ser que durante este período que existe entre el descubrimiento y su aplicación los doctores no administren la eutanasia a los pacientes que sufren de esa enfermedad. Pero que quede claro que estos descubrimientos no surgen para todas las enfermedades por lo cual no se puede tener al resto de los pacientes en una agonía inútil.

6.- La sexta objeción con que nos podemos encontrar es la existencia de drogas que alivian el dolor.

Debemos tomar en cuenta que no todas las personas que avalan el uso de la eutanasia lo hacen por el simple temor al dolor. Existen pacientes a los que puede administrárseles la eutanasia que ni siquiera sufren dolores, como es el caso de enfermos en estado vegetal o descerebrados.

Al aplicar la eutanasia no sólo se trata de aliviar el dolor sino también interrumpir aquellas existencias irracionales.

Si bien es cierto que existe un número considerable de dolores físicos que pueden ser controlados a base de medicamentos, también es cierto que muchos de estos tienen reacciones secundarias que pueden producir en el enfermo síntomas como: vómito, náuseas,

vértigo, inquietud, insomnio⁴⁵. E incluso hay enfermedades en que los medicamentos no ofrecen al paciente un alivio completo a su dolor.

Muchas personas están conscientes de su inminente muerte y esto produce una angustia psicológica y depresión lo cual no puede ser aliviado con medicamentos.

El uso de estas drogas debe ser visto como un complemento a la eutanasia voluntaria y no como un sustituto.

7.- Esta objeción es la que se conoce como *slippery-slope*. Algunas personas se oponen a la legalización de la eutanasia porque consideran que sería como "abrir la puerta" para la legalización futura de otras prácticas abominables como podrían ser la eutanasia involuntaria o el genocidio.

Podemos observar que en realidad no se está en contra de los principios de la eutanasia voluntaria sino en contra de lo que ésta podría desencadenar.

El genocidio practicado en la Alemania Nazi pesa mucho sobre las mentes que sostienen este argumento. Pero no estamos en la Alemania Nazi, aquí no existe una filosofía de una raza superior, por el contrario, nuestra Constitución está basada en la libertad y dignidad de las personas, y en su art. 4o. habla de la igualdad entre las personas.

⁴⁵ Existen drogas para aliviar dolores que por su uso frecuente van perdiendo su efectividad y por lo cual las dosis se van incrementando, como es el caso de la morfina.

Además hay que aclarar que el término eutanasia utilizado por los nazis no equivale al que se usa actualmente. Ellos utilizaron ese término para desarrollar un plan de eugenesia negativa guiados por una mentalidad racista.

La eutanasia voluntaria debería ser juzgada por sus propios méritos. Este argumento confunde la eutanasia voluntaria con la eutanasia involuntaria. La eutanasia voluntaria, en principio, se propone se administre a adultos que la han solicitado libremente y que comprenden las implicaciones de su solicitud. No se trata de un acto compulsivo. La libre elección es la piedra angular de la eutanasia voluntaria. Si la compulsión fuese parte del principio, destruiría su propia justificación.

Por lo tanto, esta objeción del *slippery-slope* es irrelevante por lo cual debe ser rechazada.

8.- No existen muchos casos de personas que esperan beneficiarse con la eutanasia.

Hay gente que piensa que no son muchos los pacientes que esperan beneficiarse con la legalización de la eutanasia; aunque esto fuera cierto considero que es irrelevante.

Cuando se trata de salvar vidas no importa si es una o son muchas; igual sucede en el caso de la eutanasia, no importa si es una persona enferma con graves dolores quien desea morir o son muchas, lo que importa es no mantener sufriendo a la gente cuando son ellas mismas quienes así lo desean.

Cabe agregar que además, indirectamente, también se benefician aquellos enfermos en espera de un transplante un órganos, y estos pacientes son muchos comparados con la oferta de órganos que existe.

9.- Otra objeción: No hay necesidad de legalizar la eutanasia, si una persona realmente quiere morir ella misma puede quitarse la vida.

El suicidio no está penalizado, sin embargo en muchas ocasiones el paciente es incapaz de quitarse la vida él mismo ya que se encuentra tan dañado por la misma enfermedad que no puede valerse de sí mismo.

CONCLUSIONES

El Derecho, a pesar de que debe permanecer inmutable en sus principios básicos fundamentales, debe amoldarse a la manera de ser y a los progresos de la sociedad. Nada resulta más desalentador, desde el punto de vista social, que el observar como las normas legales son infringidas de una manera pública y notoria, por no adaptarse a las necesidades de la época en que deben aplicarse.

Hay que tener en cuenta que la legislación va retrasada respecto a las nuevas situaciones creadas por la evolución de los medios terapéuticos. Así que se advierte la exigencia fundamental de formalizar principios normativos, inexistentes hasta ahora.

Las normas jurídicas están orientadas a la búsqueda de soluciones moderadas que respondan a las diversas exigencias médicas, morales, personales y sociales. La eutanasia debe ser considerada como parte del derecho médico y se debe llegar al reconocimiento legal de la misma, ya que para nadie es desconocido que se práctica al margen de la ley. Mientras haya sobre la tierra un hombre que, sensible al sufrimiento de otro le dé muerte movido por intensa piedad, debe existir la norma legal que regule dicho acto.

El problema eutanásico es un hecho frente al cual el jurista y el legislador no pueden permanecer impasibles.

La designación de la matanza masiva de enfermos mentales ocurrida por una orden de Hitler con el término "Programa de Eutanasia" hizo que el término se convirtiera en tabú durante muchos años y ha llevado a desacreditar de antemano todo lo que estuviese vinculado con ella; pero no por ello debemos creer que al autorizarla se estaría dando el primer paso para llegar a la eutanasia no voluntaria y con ello, incluso, a un genocidio o a prácticas eugenésicas.

Uno de los motivos por los que se debe legislar en el tema es que no existe un criterio uniforme para que los casos de eutanasia sean juzgados. Las divergencias van desde afirmar que la eutanasia es un homicidio simple o una ayuda al suicidio hasta considerarla un homicidio calificado; o si debe o no ser atenuante o excluyente de culpa, etc.

Para poder legislar debemos empezar por enmendar la Constitución. Dicha enmienda sería relativa a la creación de un derecho individual a la vida, y a la muerte. También habría que enmendar el Código Penal y distinguir claramente entre eutanasia y homicidio.

Al legislar, no sólo habrá que legalizarla permitiendo su ejercicio sino que también habrá que implementar la forma en que deberá

llevarse a cabo. Dicha ley deberá proteger a aquellos que no elijan voluntariamente la eutanasia como alternativa.

Escoger la muerte sobre una vida de agonía nunca será una decisión fácil de tomar, pero cuando una persona así lo ha decidido, esa elección debería ser respetada. Debemos aspirar a que todos los hombres gocen de una vida verdaderamente humana, es decir, no sólo de vida, sino de calidad de vida; lo cual en muchas ocasiones, y debido a los avances tecnológicos de la medicina, no es posible lograr.

Estamos a favor de una legalización de la eutanasia voluntaria de personas enfermas que así lo han decidido de manera libre y serena; no así, de la eutanasia no voluntaria, de la de personas sanas que por alguna circunstancia desean morir, de la eugenésica, de la racial, etc.

La muerte es el último acontecimiento importante de la vida, y en lugar de privar de él al hombre, se le debe ayudar a afrontarlo y superarlo humanamente.

BIBLIOGRAFIA

- Bouza, Luis Alberto El Homicidio por Piedad y el Nuevo Código Penal
De. Moderna Montevideo, Uruguay 1935
- Cuello Calón, Eugenio Tres temas penales: El aborto criminal, El problema penal de la eutanasia, El aspecto penal de la fecundación artificial Serie:
Publicaciones del Seminario de Derecho Penal y Criminología de la Universidad de Barcelona Ed. Bosch Barcelona, España
- De Pina, Rafael y Rafael De Pina Vara Diccionario de Derecho
Ed. Porrúa México D.F., 1985 México
- Farrel, Martín Diego La Ética del Aborto y la Eutanasia Abeleda Perrot,
Buenos Aires, Argentina
- González Bustamante, Juan José Eutanasia y Cultura Asociación
Mexicana de Sociología México, D.F.
- González de la Vega, Francisco Derecho Penal Mexicano Los Delitos
Ed. Porrúa S.A. México 1990
- Jiménez de Asúa, Luis Alberto Libertad de amar y derecho a morir.
Ensayos de un criminalista sobre eugenesia y eutanasia Ed. Lozada
Buenos Aires, Argentina 1989
- Kuepper, Stephen J. The Euthanasia Movement: a brief story of the organized euthanasia movement in the United States

- Los Angeles 1979 E U A
- Larue, Gerald Euthanasia and Religion Hemlock Society Los Angeles
1985 E U A
- Littel, Franklin H. The German Church Struggle and the Holocaust
Wayne State University Detroit 1974. E U A
- Quiroz Cuarón, Alfonso Medicina Forense Ed. Porrúa S.A. México
1990
- Williams, Glanville The Sanctity of life and the Criminal Law New York
1957 E U A
- Yugano- López Bolado - Poggi- Bruno Responsabilidad Profesional de
los Médicos Ed. Universidad
1992 Buenos Aires, Argentina

H E M E R O G R A F I A

- Akers, Stephen R. "The Living Will: Already a Practical Alternative", en
Texas Law Review, Vol. 55 No. 4 Marzo 1977
Austin, Texas, E U A
- Argüelles, Francisco "La muerte por móviles de piedad" en Criminalia
Órgano de la Academia Mexicana de Ciencias
Penales Año XVIII No. 2 Febrero 1951 México,
D.F.
- Arras, John D. "The right to die the slippery-slope" en Social Theory and
Practice Vol. 8 No. 3 Otoño 1982 Tallahassee, Florida
E U A
- Beristain, S. I. Antonio "La misión actual del penalista" en Revista

General de Legislación y Jurisprudencia

Año CX No. 5 Noviembre 1962 Madrid,

España

Eutanasia Dignidad y Muerte Ed. De Palma

Buenos Aires Argentina

Cárdenas, Raúl F. "Reflexión sobre la vida y la muerte desde el punto de vista jurídico" en Revista Mexicana de Ciencias Penales Año III No. 3 Julio 1979-Junio 1980 México, D.F.

Carrancá y Rivas, Raúl "El homicidio consentido o la exclusión del injusto y de la culpabilidad en el delito de homicidio" en Revista Mexicana de Prevención y Readaptación Social Jul-Agto-Sept 1975 México, D.F.

Chao Tzee Cheng "Euthanasia" en Persona y Derecho vol. V 1978 Pamplona, España

Collar, Georges "Las campañas en favor de la eutanasia" en ISTMO No. 146 Mayo-Junio 1983 México, D.F.

Collington, Theo "La eutanasia y la defensa social" en Boletín del Ilustre Colegio de Abogados de Madrid Marzo-Abril 1955 Madrid, España

Delgado, Richard "Euthanasia reconsidered the choice of death as an aspect of the right of privacy" en Arizona Law Review Vol. 17 1975 Tucson, Arizona, E U A

Dempster W. J. "Legaliza Euthanasia for Transplants" en Codicillus Vol. IX No. 2 Octubre 1968 Pretoria, Sudáfrica

- Floris Margadant, Guillermo "Eutanasia" en Lex Vol. 3 No. 14 1988
México, D.F.
- Garrido, Luis "El Vaticano y la Eutanasia" en Criminalia Año XXVIII
No. 5 Mayo 1962 México, D.F.
- Gottesman, Marcia "Civil liability for failing to provide 'medical
Indicated treatment to a disabled infant'" en
Family Law Quaterly Vol. XX No. 1 Primavera
1986 Chicago, Illinois, E U A
- Graven, Jean "Nuevas aportaciones en torno al problema de la 'vida' y
de la 'muerte' y sus incidencias jurídicas" en Revista
Mexicana de Derecho Penal No. 31 Enero-Febrero 1970
México, D.F.
- Haslett D. W. "Is allowing someone to die the same as murder?" en
Social theory and practice Vol. 10 No. 1 Primavera 1984
Tallahassee, Florida, E U A
- Herr-Cardillo, Joy E. "Defective newborns and section 504 of the
rehabilitation act: Legislation by administrative
fiat?" en Arizona Law Review Vol. 25 No.3 1983
Arizona, E U A
- Juez Pérez, Antonio "La eutanasia" en Revista Jurídica Veracruzana
Tomo XV No. 2 Marzo-Abril 1964 Xalapa,
Veracruz, México
- Koury, Aida A. "Physician-Assisted Suicide for the Terminally Ill: The
Ultimate Cure?" en Arizona Law Review Vol. 33 No. 3
1991 E U A
- Ladd, John "Euthanasia, Liberty and Religion" en Ethics Vol. 93 No. 1

- Octubre 1982 Chicago, Illinois, E U A
- Lattes, León "La muerte piadosa" en Revista Facultad de Derecho
No. 11 1954 San Miguel de Tucumán, Argentina
- Leonis, Jacobo "La responsabilidad en la medicina intensiva" en Boletín del Ilustre Colegio de Abogados de Madrid No. 1 Enero
Febrero 1992 España
- López Navarro José "La proclamación artificial de la vida y los límites de la actuación médica" en Persona y Derecho
Vol. II 1975 Pamplona, España
- Oliver, Leslie B. "The right to die in North Dakota" en North Dakota Law Review Vol. 66 No. 3 1990 E U A
- Pardo Ramón "La eutanasia" en Nuevas Generaciones de Abogados
Año 4 No. 36 Abril 1950 México, D.F.
- Pavón Vasconcelos, Francisco Lecciones de Derecho Penal
Editorial Porrúa, S.A. México, 1976
- Pérez Varela, Víctor M. "La eutanasia en el judaísmo en Jurídica 1988-
1989 No. 19 México
- Polaino Lorente, Aquilino M. "Eutanasia y actitudes sociales" en Persona y Derecho No. 7 1980
Pamplona, España
"Antinaturalidad y Eutanasia" en Persona y Derecho Vol. 2 1975
Pamplona, España
"Ansiedad ante la muerte y actitudes ante la eutanasia: revisión crítica de un estudio experimental" en Persona y

- Derecho No. 8 1981 Pamplona, España
- Ribin, Beth L. "Refusal of life-sustaining treatment for terminally ill incompetent patients" en Columbia Journal of Law and Social Problems Vol. 19 No. 1 1985 New York, N.Y.,
E U A
- Risquez- Ibarren, William "Derecho a vivir y derecho a morir" en Actas Procesales de Derecho Vivo Vol. XXIII
Nos. 67-69 Abril 1977 Caracas, Venezuela
- Santos Camacho, Modesto "El caso de Karen A. Quinlan: comentario ético a una sentencia" en Persona y Derecho
Vol. II 1975 Pamplona, España
- Sherlock, Richard "Liberalism, Public Policy and the Life not Worth Living: Abraham Lincoln on Beneficent Euthanasia" en The American journal of Jurisprudence Vol. 26
1981 Notre Dame, Indiana, E U A
- Skegg, P. D. G. "The termination of life-support. Measures and law of murder" en The Modern Law Review Vol. 41 No. 4
Julio 1978 Londres, Inglaterra
- Stevenson, Roger "Let live and let die: disable new borns and contemporary law" en University of Miami Law Review Vol. 37 No. 1 Noviembre 1983 Coral Gables,
Florida, E U A
- Totoro Nieto, Vicente "Axiología jurídica y eutanasia" en Revista Jurídica Veracruzana Vol. XXVIII No. 4
Octubre-Diciembre 1977 Xalapa, Veracruz,
México

- Vanderhoef, Philip J. "Washington recognizes wrongful birth and wrongful life. A critical analysis" en Washington Law Review Vol. 58 No. 3 1983 Seattle, Washington, E U A
- Vilar Y. Planas de Farnes, Joan "Tiempo para vivir, tiempo para morir" en Persona y Derecho No. 10 1983 Pamplona, España
- Villavicencio, Víctor Modesto "El homicidio por piedad" en Revista del Foro No. 3 Año LIV Julio-Diciembre 1967 Lima, Perú
- Walton, Douglas "Active and pasive euthanasia" en Ethics Vol. 86 No. 4 Julio 1977 Chicago, Illinois, E U A
- Wasil, Joseph D. "Satz v. Perlmutter: A Constitutional Right to Die?" en University of Miami Law Review Vol. 35 No. 2 January 1981 Coral Gables, Florida, E U A
- Weisbard, Alan J. "On the bioethics of the Jewish Law: The case of Karen Quinlan" en Israel Law Review Vol. 13 No. 3 Julio 1979 Jerusalem, Israel
- Wibren van der Burg "The slippery slope argument" en Ethics Vol. 102 No. 1 Octubre 1991 E U A
- Williams, Glanville "'Mercy-killing' legislation a rejoinder" en Minnesota Law Review Vol. 43 No. 1 Noviembre 1958 Minneapolis, Minesota, E U A
- Williams, Peter C. "Rights and the alleged right on innocents to be killed" en Ethics Vol. 87 No. 4 Julio 1977 Chicago, Illinois, E U A

Wilson, Jerry B. "Death by decision: the medical, moral and legal dilemmas of euthanasia" en Westminister Press Philadelphia 1975 E U A

Wolbarst, Abraham "El médico contempla la eutanasia" en Medical Record 17 Mayo 1939 New York, N.Y. E U A

Wolhandler, Steven J. "Voluntary active euthanasia for the terminally ill and the constitutional right to privacy" en Cornell Law Review Vol. 69 No. 2 Enero 1984 Lincoln, Nebraska, E U A

LEGISLACION

Código Penal Mexicano. 17 septiembre 1931. Publicado en el D.O.F. el 14 agosto 1931.

Código Penal para el Estado de México. 8 enero 1986. Publicado en la Gaceta del Gobierno, Periódico Oficial del Estado de México el 16 enero 1986. Modificado por última vez por decreto publicado el 7 marzo 1994.

Ley General de Salud. Publicado en el D.O.F. el 7 de febrero de 1984.

Reglamento de la L.G.S. en materia de control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos. Publicado en el D.O.F. el 20 de febrero de 1985.

Ley sobre el Contrato de Seguros. 26 agosto 1935. Publicado en el D.O.F. el 31 agosto 1935.

Código Penal Colombiano. 3 agosto 1978.

**Código Penal de la República Oriental del Uruguay. 4 diciembre
1933.**

Código Penal Español. 14 septiembre 1973.

Código Penal Suizo. 1o. enero 1942.