



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES "CAMPUS ACATLAN"

"PROPUESTA PARA REGULAR EN LA LEGISLACIÓN MEXICANA LA MUERTE VOLUNTARIA"

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Fabiola Badillo

FECHA: Marzo 3 - 2004

FIRMA: [Firma manuscrita]



T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE: LICENCIADO EN DERECHO PRESENTA: FABIOLA BADILLO



ASESOR: LIC. VÍCTOR G. CAPILLA Y SÁNCHEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

I. DEDICATORIA.....	I
II. GRADECIMIENTO.....	II
III. INTRODUCCIÓN.....	VII

CAPÍTULO PRIMERO
CONCEPTO DE MUERTE.

1.1 RELIGIOSO.....	3
1.1.1 Egipto.....	3
1.1.2 China.....	4
1.1.3 Grecia.....	5
1.1.4 Cultura Hebrea.....	6
1.1.5 Antigua India.....	8
1.1.6 Fenicia.....	9
1.1.7 Persia.....	9
1.1.8 Roma.....	10
1.1.9 Los Mayas.....	11
1.1.10 Los Aztecas.....	11
1.2 FILOSÓFICO.....	12
1.2.1 Sócrates.....	12
1.2.2 Platón.....	13
1.2.3 Aristóteles.....	14
1.2.4 San Agustín.....	14
1.2.5 Santo Tomás de Aquino.....	15
1.2.6 Tomás Moro.....	16
1.2.7 Francis Bacon.....	16
1.2.8 Gottfried W. Leibniz.....	16
1.2.9 David Hume.....	17
1.2.10 Emmanuel Kant.....	17
1.2.11 Carlos Marx.....	18
1.2.12 Federico Nietzsche.....	18
1.3 MEDICO.....	19
1.3.1 Muerte aparente.....	19
1.3.2 Muerte cerebral.....	20
1.3.3 Muerte real.....	20
1.3.4 Muerte violenta.....	21
1.4. LEGAL.....	21
(Código Civil Federal, Código Civil para el Distrito Federal y Ley General de Salud)	
1.5 PSICOLÓGICO.....	22
1.5.1 Emilio Durkheim.....	23
1.5.2 Sigmund Freud.....	23
1.5.3 Melanie Klein.....	24
1.5.4 Elisabeth Kübler-Ross.....	26

CAPÍTULO SEGUNDO

ASPECTOS MÉDICOS DE LAS ENFERMEDADES EN FASE TERMINAL.

2.1 CONCEPTO DE ENFERMEDAD.....	31
2.2 HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD.....	32
2.2.1 Periodo Prepatogénico.....	33
2.2.2 Periodo Patogénico.....	33
2.3 CONCEPTO DE ENFERMEDAD EN FASE TERMINAL.....	35
2.4 REFERENCIA A ALGUNOS ESTADOS MÓRBIDOS FRECUENTEMENTE EVOLUTIVOS HACIA LA FASE TERMINAL.....	36
2.4.1 ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.....	37
2.4.1.1 SIDA.....	37
2.4.1.2 Sífilis.....	38
2.4.2 ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS.....	40
2.4.2.1 Cáncer de pulmón.....	40
2.4.2.2 Cáncer de mama.....	41
2.4.2.3 Cáncer de estómago o colon.....	41
2.4.2.4 Cáncer de la sangre o leucemia.....	43
2.4.2.5 Cáncer de próstata.....	45
2.4.2.6 Cáncer cervico-uterino.....	46
2.4.3 ENFERMEDADES CRÓNICO DEGENERATIVAS.....	47
2.4.3.1 Diabetes mellitus.....	47
2.4.3.2 Cirrosis hepática.....	48

CAPÍTULO TERCERO

TÉRMINOS MÉDICOS RELACIONADOS CON LA MUERTE Y SU PROCESO

3.1 EUTANASIA.....	50
3.2 ORTOTANASIA.....	53
3.3 DISTANASIA.....	53
3.4 FASES DEL PROCESO HACIA LA MUERTE.....	54
3.4.1. FASE REVERSIBLE.....	54
3.4.1.1 La agonía y sus signos clínicos.....	55
3.4.1.2 Ensañamiento terapéutico.....	56
3.4.1.3 Muerte clínica o relativa.....	63
3.4.2 FASE IRREVERSIBLE.....	64
3.4.2.1. Muerte biológica o real.....	64

CAPÍTULO CUARTO

LOS ENFERMOS EN FASE TERMINAL Y EL DERECHO DE AUTODETERMINACIÓN SOBRE EL FINAL DE SU EXISTENCIA.

4.1 CONCEPTO DE PACIENTE O ENFERMO EN ESTADO TERMINAL.....	67
4.2 DERECHOS DE LOS ENFERMOS EN FASE TERMINAL.....	68
4.3 LA AUTONOMÍA DE LA VOLUNTAD DE LOS ENFERMOS EN FASE TERMINAL.....	74
4.4. CRITERIOS QUE JUSTIFICAN LA AUTONOMIA DE LA VOLUNTAD.....	78
4.5 QUÉ SE DEBE ENTENDER POR MUERTE VOLUNTARIA.....	79

CAPÍTULO QUINTO

ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS SOBRE LOS CUIDADOS A LOS ENFERMOS EN FASE TERMINAL.

5.1 CUIDADOS PALIATIVOS. CONCEPTO.....	83
5.2 GASTOS Y COSTOS DE LA ATENCIÓN SANITARIA EN ENFERMOS TERMINALES.....	85
5.3 LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA EN NUESTRO PAÍS.....	88
5.4 REPERCUSSIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES RELACIONADAS CON LOS ENFERMOS TERMINALES.....	90

CAPÍTULO SEXTO

MARCO JURÍDICO SOBRE LA EUTANASIA Y LA MUERTE VOLUNTARIA

6. COMENTARIOS SOBRE ALGUNOS SISTEMAS DE LEGISLACIÓN INTERNACIONAL CON RELACIÓN A LA EUTANASIA O SUICIDIO ASISTIDO.....	93
6.1 SISTEMAS QUE CONTEMPLAN A LA EUTANASIA COMO UNA IMPORTANTE ATENUACIÓN PARA LA PENA DE HOMICIDIO.....	94
6.1.1 Italia.....	94
6.1.2 Alemania.....	95
6.1.3 Suiza.....	96
6.1.4 Austria.....	97
6.1.5 Colombia.....	98
6.1.6 Brasil.....	98
6.1.7 Grecia.....	99
6.1.8 Portugal.....	99
6.1.9 Argentina.....	99
6.1.10 México.....	100

6.2 SISTEMAS QUE PERMITEN EN DETERMINADAS SITUACIONES LA EUTANASIA ACTIVA.....	100
6.2.1 Uruguay.....	100
6.2.2 Bolivia.....	101
6.2.3 Perú.....	101
6.2.4 Estados Unidos de Norteamérica.....	101
6.3 SISTEMAS QUE AUNQUE NO ESTABLECEN UNA REGULACIÓN ESPECÍFICA RESPECTO DE LA EUTANASIA, ES ADMITIDA CIERTA FLEXIBILIDAD A TRAVÉS DE SU JURISPRUDENCIA	103
6.3.1 Australia.....	103
6.3.2 Reino Unido.....	104
6.3.3 Francia.....	104
6.4 LEGISLACIONES INTERNACIONALES QUE CONTEMPLAN LA REGULACIÓN DE LA MUERTE VOLUNTARIA.....	105
6.4.1 Holanda. Ley de Comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del Suicidio asistido.....	105
6.4.2 España. Ley del testamento vital.....	109
6.4.3 Bélgica. Proyecto de ley relativo a la eutanasia.....	113
6.4.4 Estados Unidos. Ley del acto de muerte con dignidad.....	115
6.5 SITUACIÓN DE LA MUERTE VOLUNTARIA EN LA LEGISLACIÓN MEXICANA.....	116

CAPÍTULO SÉPTIMO

PROPUESTA DE INCLUSIÓN DEL "TESTAMENTO VITAL" PARA REGULAR LA MUERTE VOLUNTARIA EN LA LEGISLACIÓN MEXICANA.

7.1 RECONOCIMIENTO Y VALIDACIÓN DE LA VOLUNTAD CONCIENTE, INFORMADA Y REITERADA DEL ENFERMO TERMINAL RESPECTO DE TERMINAR VOLUNTARIAMENTE CON SU VIDA.....	121
7.2 ADOPCIÓN EN LA LEGISLACIÓN MEXICANA DE UNA FIGURA JURÍDICA EQUIPARABLE AL MODELO ESPAÑOL DE "TESTAMENTO VITAL" COMO MEDIO DE MANIFESTACIÓN DE LA VOLUNTAD DEL ENFERMO EN FASE TERMINAL A EFECTO DE ESTAR EN POSIBILIDAD DE DECIDIR SOBRE LA TERMINACIÓN VOLUNTARIA DE SU VIDA.....	123
7.3 CONDICIONES QUE DEBERÁN SER OBSERVADAS EN LA LEGISLACIÓN MEXICANA ANTE LA POSIBLE ADOPCIÓN DE LA FIGURA JURÍDICA DEL "TESTAMENTO VITAL".....	126
CONCLUSIONES.....	132
BIBLIOGRAFÍA.....	140

LIBERTAD Y DIGNIDAD HASTA EL FÍN

*"Quero morir cuando decline el día
en alta mar y con la cara al cielo
donde parezca un sueño la agonía
y el alma un ave que remonta el vuelo.*

*No escuchar en los últimos instantes
ya con el cielo y con el mar a solas
más voces ni plegarias sollozantes
que el majestuoso tumbo de las olas*

*Morir cuando la luz triste retira
sus áureas redes de ka onda verde
y ser como ese sol que lento expira
algo muy luminoso que se pierde.*

*Morir joven, antes que destruya
el tiempo aleve la gentil corona
cuando la vida dice aún: soy tuya,
aunque sepamos bien que nos traiciona"*

Manuel Gutiérrez Nájera.

*" Siempre me ha parecido
indignante, lo admito, que
el hombre no sólo contento
de tiranizar de tantas maneras
a su semejante, pretenda todavía
disputarle el derecho a librarse de su
existencia"*

Alphonse Rabbe.

DEDICATORIA

Dicen que la vida se encarga de darnos lo que merecemos, sin embargo, a mi sin merecerlo, me ha premiado con la dicha de tener a mi lado dos seres invaluableles, calificativo que sólo es digno de otorgar a una verdadera madre, y como tales, este pequeño logro lo dedico con todo mi amor y mi corazón a HERLINDA y ROSAURA BADILLO, quienes sin dudar un solo instante creyeron en mi, orientando día con día mi camino con sus consejos y enseñanzas, quienes incondicionalmente han estado conmigo en los logros y fracasos obtenidos, y, a quienes por todo ello definitivamente jamás podré pagar.

A mis hermanos DANIEL y ULISES, quienes son el motivo que me impulsa y obliga a superarme constantemente, y esta dedicatoria va encaminada a demostrarles que en este vida ningún obstáculo será lo suficientemente grande para impedirnos alcanzar nuestros propósitos, siempre que sepamos definirlos y aferrarnos a ellos. Y deseo que esta felicidad que hoy comparto con Ustedes los motive a experimentar por sí mismos esta bella experiencia.

A FLORENTINO, por tu apoyo y comprensión en todo este tiempo en que hemos compartido sueños y esperanzas, sin reprocharme la larga espera, antes bien esperando a mi lado este momento, que sin duda repercutirá en beneficio de nuestras vidas.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por haberme brindado la oportunidad de culminar una etapa más en mi vida, sin duda la más importante por que esta constituye el arribo hacia el primer peldaño en el comienzo de mi vida profesional.

Agradezco a mi Alma Mater, por abrirme sus puertas y por permitirme a través de sus aulas, recibir las enseñanzas y experiencias compartidas por cada uno de mis profesores a quienes agradeceré y recordaré por el resto de mi vida profesional.

Al Lic. Víctor G. Guadalupe y Sánchez, con mi más sincero agradecimiento por todo el apoyo brindado para la realización del presente trabajo, haciendo posible que la distancia no fuera obstáculo para ver realizado este sueño.

A la familia Ramírez García , por la valiosa ayuda brindada en los tiempos difíciles de mi vida académica, en los cuales me hicieron sentir parte de su familia, combatiendo con ello la nostalgia de saberme alejada de la mía. Sinceramente nunca olvidaré sus atenciones hacia mi y sólo espero algún corresponder al apoyo que me otorgaron incondicionalmente.

A todos mis amigos por compartir conmigo una parte de su vida y sus experiencias refrendando día a día nuestros ideales en verdadera unidad, en especial al Lic. Jesús Barrera García, por dedicarme parte de su tiempo y apoyo para la culminación de este trabajo.

Al Lic. Ricardo Rodríguez, R., por abandonar su faceta de Jefe y brindarme su confianza y ayuda, contribuyendo a que hoy vea realizada una de mis más anheladas metas.

A ti padre, a pesar de nuestras diferencias, hoy considero que he sabido aprovechar el apoyo que en su momento me otorgaste y el cual sinceramente te agradezco.



El caso de la británica *Dianne Pretty* movió las fibras del mundo.

“ Todo lo que quiero es el derecho a decir mi último adiós antes de enfrentarme a una muerte lenta”

Diane Pretty

enferma de arterioesclerosis múltiple

“La enfermedad de Pretty, de 43 años de edad, la mantiene inmóvil del cuello a los pies, la obliga a hablar a través de un ordenador y a alimentarse por medio de una sonda, lo que le impide poner fin a su vida por sí misma antes de morir por asfixia.

"Todo lo que *quiero es el derecho a decir mi último adiós* a mi familia en casa cuando esté lista antes de enfrentarme a una muerte larga y lenta", afirmó Pretty en un comunicado emitido a principios de este año".*

* <http://reforma.com/internacional/articulo/190562/#nota>



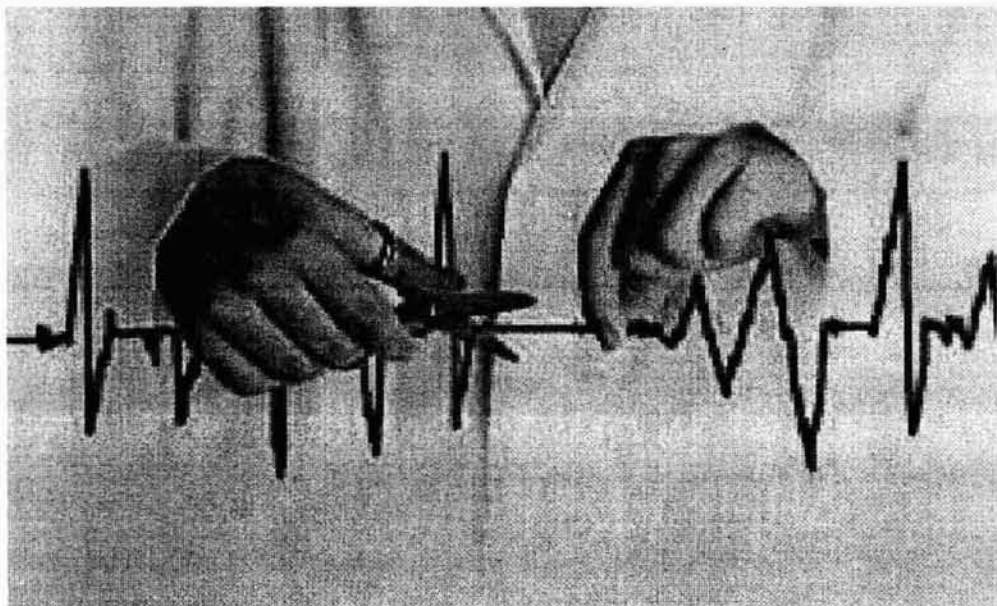
“Santiago Lázaro Pérez era un campesino de 115 años de edad al que le gustaba hacer reír a sus familiares con cuentos; caminaba y echaba machete en su solar, pero en los últimos meses lo entristeció una hernia y ver a su hijo tomarse sus copas.

"Me *harías* un *favor* si me matas", le decía a su vástago Andrés, cuando éste lo jaloneaba por regañarlo".*

Lo anterior tan sólo ejemplifica que en nuestro país existe una sociedad que demanda con voz desesperada el reconocimiento del derecho a una muerte digna y menos cruel, sembrando la esperanza de que en tiempos futuros nuestro cuerpo legislativo tome cartas en este delicado asunto, en conjunto con las autoridades sanitarias.

* <http://reforma.com>

La eutanasia: 'maténme porque me muero'



*“En México no existen estadísticas relacionadas con la aplicación del suicidio asistido, sin embargo, entre el gremio médico es un secreto a voces que diariamente se toman decisiones de esta índole por razones éticas o médicas”. **

* <http://www.reforma.com/salud/articulo/109362/>

INTRODUCCIÓN

Definitivamente, el tema de la muerte, ha sido y es aún materia de debate en prácticamente todas las esferas de la sociedad, tal vez una de las causas que hacen tan polémico y complejo a este fenómeno natural en la vida del hombre sea el constante avance de la ciencia y de la tecnología principalmente en lo que se refiere al entorno médico.

Sin embargo, no es en sí el marco conceptual lo que nos representa el mayor problema al tratar de asimilar esta etapa inherente a la naturaleza humana y en general de todo ente biológico, sino más bien la forma en que cada uno de nosotros podemos llegar a vivir nuestra propia muerte, vélgase la paradoja que esto implica, ya que es por nosotros conocido que en la actualidad, con las técnicas modernas de sanidad, se han obtenido resultados alentadores en la expectativa de vida, sin embargo, existe un caso hipotético en el que recurrir al empleo de los avances tecnológicos en el ámbito médico, lejos de constituir un aliciente para el paciente, se convierte desgraciadamente en un verdadero suplicio para el mismo e incluso para sus familiares, nos referimos al caso de las enfermedades avanzadas hacia una fase terminal.

Bajo esta circunstancia tan penosa en que transcurre el normal proceso del morir, consideramos que existe la necesidad de crear una mayor conciencia social que prohíba la practica de esta clase de acciones que bien se han ganado en la esfera de la pericia médica la denominación de "ensañamiento terapéutico", por que con ellas únicamente se prolonga de manera inútil, como ya hemos manifestado, la agonía de la persona, confundiendo su única existencia con el preciado valor de la vida, ya que en estos casos la calidad de la misma ha sufrido ya un gran deterioro, privando al paciente de su autonomía y autodeterminación sobre los actos

que de acuerdo a su conciencia y voluntad estime pertinentes realizar o abstenerse de ello.

En este orden de ideas, resulta imperante establecer, reconocer y aceptar los límites que la medicina aún enfrenta, de lo contrario sería una verdadera contradicción al principio médico de beneficencia, provocar una crueldad física cuando se pretende seguir una sobre-investigación o un sobre-tratamiento inútiles, en virtud de que en ocasiones los médicos deciden arbitrariamente los tratamientos para alargar, como ya manifestamos en supralíneas, ya no la vida, sino la agonía del paciente con el único objetivo de experimentación y por que no decirlo de lucro, avivando la ilusión en los enfermos de alcanzar su curación, violando de esta forma los derechos más elementales de la persona.

Particularmente consideramos que ningún ser humano debe verse obligado a vivir un proceso de muerte tan trágico, indignante y cruel, al ser sometido a una serie de métodos artificiales, extraordinarios y dolorosos para conseguir que sus funciones vitales no se extingan, pero insistimos, en este particular caso, ya no es una vida autónoma la que asiste al individuo, sino únicamente una existencia basada en aparatos sofisticados que una vez que son desconectados suspenden totalmente las pocas funciones vitales habidas en el paciente. Es triste saber que actualmente no llegamos a entender todavía que la muerte humana es un proceso inevitable e inherente a la vida misma, realizando consecuentemente acciones con las que sólo provocamos en nuestros seres queridos una agonía innecesaria, porque aunque no queramos el resultado indeseado llegará, aunque logremos retrasarlo un poco llegará y de una manera más dolorosa tanto para nosotros como para nuestro enfermo. Por todo esto, debemos crear conciencia, reconocer y sobre todo respetar el derecho que le asiste a toda persona de decidir sobre su propio modelo de muerte llegado el momento

de padecer algún estado mórbido que haya arribado hacia una fase terminal e irreversible.

Lo manifestado anteriormente constituye la razón de ser y el interés del trabajo que hoy se somete a la opinión crítica de todos ustedes, y se realizó con el único propósito de lograr reconocer y respetar el derecho a elegir nuestro propio modelo de muerte ante el padecimiento de una enfermedad en fase terminal del que tanto hemos hablado, tratando de poner el mayor empeño posible en él, sin embargo, no es una obra que señale todo en relación a este polémico tema, pero no obstante, lo consideramos como una pequeña luz que puede en un futuro servir a quienes sin duda se interesarán en retomar este tema, circunstancia en la que hasta entonces veremos recompensado el esfuerzo empleado para la realización de esta investigación.

CAPÍTULO PRIMERO.

CONCEPTO DE MUERTE.

1.1. RELIGIOSO.

- 1.1.1. Egipto.
- 1.1.2. China.
- 1.1.3. Grecia.
- 1.1.4. Cultura Hebrea.
- 1.1.5. La India Antigua.
- 1.1.6. Fenicia.
- 1.1.7. Persia.
- 1.1.8. Roma.
- 1.1.9. Los Mayas.
- 1.1.10. Los Aztecas.

1.2. FILOSÓFICO.

- 1.2.1. Sócrates.
- 1.2.2. Platón.
- 1.2.3. Aristóteles.
- 1.2.4. San Agustín
- 1.2.5. Santo Tomás de Aquino.
- 1.2.6. Tomás Moro
- 1.2.7. Francis Bacon.
- 1.2.8. Gottfried W. Leibniz
- 1.2.9. David Hume.
- 1.2.10. Emmanuel Kant.

1.2.11 Carlos Marx.

1.2.12 Federico Nietzsche.

1.3. MÉDICO.

- 1.3.1. Muerte aparente.
- 1.3.2. Muerte cerebral.
- 1.3.3. Muerte real.
- 1.3.4. Muerte violenta.

1.4. LEGAL.

(Código Civil Federal, Código Civil para el Distrito Federal y Ley General de Salud)

1.5. PSICOLÓGICO.

- 1.5.1. Emilio Durkheim.
- 1.5.2. Sigmund Freud.
- 1.5.3. Melanie Klein.
- 1.5.4. Elisabeth Kübler-Ross.

CAPÍTULO PRIMERO.

CONCEPTO DE MUERTE.

Para comenzar a abordar el tema de la muerte humana, es necesario tratar en un primer plano algunos aspectos sobre la vida misma ya que por razones lógicas no podríamos hablar de muerte o mejor dicho no tendría lugar el fenómeno de la muerte sin que antes hubiera existido la vida del ser humano, por ello nos resulta necesario tratar, aunque superficialmente, este aspecto, en la inteligencia de que el objetivo de la presente investigación no es el estudio de la vida, sino por el contrario es el estudio del proceso de muerte originado principalmente por una de las causas más frecuentes: la enfermedad avanzada hacia una fase terminal.

Bajo este contexto, procederemos a enunciar algunos de los conceptos que diversos autores han brindado con relación a la vida humana con el propósito de establecer por nuestra parte una unificación de tan compleja concepción.

Gramaticalmente el diccionario de la lengua española define la vida como "Estado de actividad de los seres orgánicos. Es el tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta la muerte".¹

Desde un punto de vista teológico y filosófico podemos considerar que la vida es la unión del alma y del cuerpo que persiste en el tiempo hasta el momento de la muerte del ser, históricamente los pueblos antiguos matizaban la vida con tintes teológicos, tratando de explicar lo que entonces les resultaba inexplicable, León Portilla refiere "en los pueblos indígenas como los Toltecas concebían la vida como el existir humano sobre la tierra, se afirmaba que la vida era un lugar de lucha de esfuerzo, la vida era raíz y fundamento de la búsqueda de la verdad suprema."²

¹ RALUY POUDEVIDA, Antonio. *Diccionario Porrúa de la Lengua Española*, Porrúa, México, 1982, Pág. 801.

² DE LEÓN PORTILLA, Miguel. *Los antiguos mexicanos*, Editorial Fondo de Cultura Económica, México, 1980, Pág. 78.

Biológicamente la vida se encuentra constituida por “todos los fenómenos vitales, en especial de la actividad circulatoria, respiratoria y metabólica de las células”.³

Dentro del marco médico legal, la vida puede definirse como “el conjunto de funciones y fenómenos propios de los seres orgánicos, que les permiten tener movimientos, sensibilidad, conciencia, voluntad, etc.”⁴

Probablemente las definiciones anteriores nos pueden resultar un poco confusas y difíciles de unificar por los diversos matices que cada una de ellas entraña, pero no por ello resulta imposible emitir un concepto que trate de reunir los elementos más esenciales de cada una de ellas, así pues, podemos considerar que la vida humana será: **el conjunto de funciones biológicas, que otorgan al ser humano la posibilidad de conocerse a sí mismo, al mundo que lo rodea, posibilitando las capacidades inherentes a su esencia, tales como el crecimiento, desarrollo e interacción con el medio que le rodea, reproducción e incluso muerte, cuyo actuar se encuentra dirigido en la mayoría de los casos por el raciocinio, conciencia de bienestar (calidad de vida), la libertad y autonomía en la toma de decisiones (como por ejemplo su propia muerte).**

La muerte, como fenómeno inevitable y trascendental en la vida del hombre, ha sido objeto de diversos estudios e intentos por unificar su significado en diversas esferas del pensamiento y conocimiento humanos, sin embargo, debido a la complejidad que encierra este proceso, los autores que se han dedicado a desarrollar esta tarea aún no han llegado a consolidarla, dándonos únicamente ideas próximas acerca de su conceptualización.

Por nuestro lado, y, por así ameritarlo la naturaleza de la presente investigación tomaremos en consideración de forma muy concreta las opiniones emitidas por algunos autores reconocidos en materia de filosofía,

³ FRARACCIO V., José Antonio. *Medicina legal. Conceptos clásicos y modernos.*, Editorial Universidad, Buenos Aires, 1997, Pág. 72.

⁴ GÓMEZ BERNAL, Eduardo. *Tópicos médicos forenses.*, Editorial Sista, México, 1989. Pág. 67.

medicina, la concepción adoptada por nuestra legislación, así como también la visión de algunas de las culturas antiguas más importantes, con el objeto de obtener nuestra propia apreciación a tan complejo proceso, las cuales se sintetizan en los siguientes puntos:

1.1. RELIGIOSO. Resulta impresionante conocer la visión concebida por algunas de las culturas antiguas que más trascendencia han tenido a lo largo del tiempo respecto de la muerte, al grado de llegar a anhelar su llegada, derivada de la creencia impuesta por diversos criterios religiosos sobre la existencia de una vida eterna, basta en santidad y felicidad como premio a todo aquel que en su vida terrena hubiera observado una muy buena conducta, según el juicio de las deidades correspondientes. A continuación mencionaremos algunas de las culturas que mayor culto han rendido al fenómeno de la muerte, desde la antigüedad hasta nuestros días.

1.1.1. EGIPTO. Sin lugar a dudas, la cultura egipcia fue eminentemente creyente de la inmortalidad del alma, lo que explica la gran solemnidad con la que desarrollaban sus ritos funerarios. El egipcio vivía para la muerte o mejor dicho para la vida eterna, bajo la convicción de que todo ser humano se formaba por tres partes: el cuerpo, el alma y el "ka".

"El alma se llamaba *ba*, y se le representaba en forma de un pájaro con cabeza humana. El *ka* era un elemento o fuerza vital. Al ocurrir la muerte producía la desintegración, y el cuerpo al que se embalsamaba se le ponía en un sarcófago, lo que tenía particular importancia porque venía a ser una sede o punto de referencia para la vida de ultratumba.

El alma o 'ba', al sobrevenir la muerte, se desprendía del cuerpo y hacia un viaje por el mundo inferior hasta comparecer en el juicio de Osiris. Varios dioses participaban en el proceso, durante el cual el muerto proclamaba su inocencia y negaba haber cometido los cuarenta y dos pecados de que se acostumbraba pedir cuentas; después de una gran

balanza se ponían de una parte, el corazón del muerto, y de otra, la pluma de Maat, la diosa de la verdad. Si el resultado era un equilibrio perfecto, el muerto estaba 'justificado' ante Osiris y recibía el premio correspondiente en la vida eterna.

En cuanto al 'ka', no se separaba del cuerpo, sino que vivía en la momia, o acaso en los retratos que se encontraban en la tumba; se alimentaba de las ofrendas, pero si estas faltaban tenía que comer basura, y errar por el exterior y aún perderse, lo cual ponía en riesgo al "ka" y al alma misma, ya que ambas reconocían al cuerpo momificado como una base de sustentación".⁵

Cabe señalar que para la cultura egipcia en sus principios, sólo los nobles y los reyes eran dignos de tener un alma inmortal, pero posteriormente fue surgiendo y robusteciéndose la idea de que todo hombre cuya conducta en la vida terrena hubiera sido buena, sobrevivía en el más allá.

1.1.2. CHINA. Esta cultura guarda gran semejanza con la antigua cultura egipcia, en cuanto a la creencia del alma y de su inmortalidad. Durante el desarrollo de la etapa clásica de esta cultura tuvieron lugar dos grandes corrientes del pensamiento chino representadas por Lao-Tse' y Confucio, para ambos el alcanzar el *Bien Supremo* era objeto de cultivar virtudes en la vida terrena y olvidar los crímenes, la guerra y la hipocresía. Así tenemos que el Taoísmo para la antigua China es: *encontrar el camino recto para llegar a la santidad eterna y al Bien Supremo.*

Sin embargo, no sólo estas corrientes tuvieron cabida en el pensamiento antiguo de China, ya que en la época medieval, esta cultura se vio influenciada por el budismo y consecuentemente las ideas filosóficas existentes respecto de la muerte, se vieron también un poco modificadas,

⁵ STARR G. Chester. *Historia del Mundo Antiguo.* (History of the Ancient World) Ed. AKAL EDITOR, Madrid, 1974. Pág. 52.

aunque en esencia eran coincidentes en considerarla como el paso a la santidad eterna.

“Las enseñanzas del budismo fueron ante todo religiosas y planteaban escapar de los sufrimientos de la vida y la reencarnación sin fin, provocados por los deseos humanos, alcanzando un estado indescriptible de ausencia de deseo, conocido como nirvana. El budismo tuvo también mucha importancia porque las fórmulas para conseguir el nirvana que llevó a China incluían meditaciones metafísicas muy complejas sobre la naturaleza de la existencia”.⁶

Para el antiguo pensamiento chino, “el alma era doble: el *p’o* y el *hun*; después de la muerte, el *hun* subía al cielo a prestar sus servicios en la corte divina, mientras que el *p’o* seguía habitando en el cadáver y se alimentaba de las ofrendas que se le hacían y, en caso de que le faltaran se convertía en un fantasma errante, peligroso para los vivos, que sólo se calmaba cuando se le dedicaban sacrificios especiales”.⁷

Los antiguos chinos, aunque no tuvieron muy clara la idea de cómo eran su paraíso y su infierno, ni las consecuencias de la conducta en la vida terrena para ser acreedoras al “premio” o “castigo” dieron una gran importancia al culto de la muerte, en especial cuando se trataba de los antepasados de la propia familia.

1.1.3. GRECIA. En la antigua Grecia, cultura nacida aproximadamente en el año 1400 a. C. también se hacía presente la creencia del alma inmortal y su correspondiente valoración y proceso de juicio para determinar el lugar al que debería pertenecer esta alma de acuerdo a la calidad de sus actos, de tal manera que si los actos realizados eran benévolos, el alma merecía internarse en el Campos Elíseos, de lo contrario, el alma debería permanecer en el Averno.

⁶ “*Filosofía china*,” *Enciclopedia Microsoft. Encarta 2000*. 1993-1999.

⁷ CID, Carlos. *Historia de las religiones*. Editorial Sopena, Barcelona, 1965, Pág. 159.

Por lo que se refería a la muerte, los griegos suponían que el alma del difunto iba a un sitio donde dominaba *Hades*, hermano de Zeus y de Poseidón. El sitio era un paraje desolado a una distancia bastante considerable del mundo de los vivos, que también recibía el nombre *Erebo* y *Averno*, o bien se le confundía con el *Tártaro*, donde estaban los Titanes vencidos. “En las tumbas se colocaban monedas para pagar la travesía de Caronte, el barquero infernal,”⁸ cuya nave bogaba en la laguna Estigia y en la cual eran transportadas todas las almas.

De las tendencias ideológicas de algunos pensadores antiguos de esta cultura, se desprende la creencia de la existencia del fenómeno de reencarnación del alma, como ejemplo, podemos hacer referencia a las celebres manifestaciones pitagóricas. Pitágoras, citado por el Doctor Ramón Xirau, a pesar de su vocación eminentemente inclinada hacia las ciencias puras, enseñó y estableció una forma de vida, así como sectas religiosas en la cual se enseñaba la transmigración de las almas, el culto a la santidad y a la abstinencia.⁹

Con el paso del tiempo, se tuvo la idea de que las almas de los seres escogidos principalmente por la calidad de sus actos realizados en la tierra, iban a otro sitio más agradable, que era denominado *Campos Elíseos*.

1.1.4. CULTURA HEBREA. A esta cultura, la encontramos influenciada por tres religiones principalmente: el Judaísmo, el Cristianismo e Islamismo, cada una de las cuales, a pesar de tener ciertas diferencias, en esencia coinciden respecto del significado de la muerte.

La religión cristiana tiene su inspiración en el lenguaje de las Sagradas Escrituras (la Biblia Hebrea que los cristianos llamaron *Antiguo Testamento*) y sus bases en la esperanza y creencia de una vida eterna, vida eterna que fue muy reiterada y prometida por Jesús, por lo que sus

⁸ CID, Carlos. Op. Cit. Pág. 366.

⁹ Cfr. XIRAU, Ramón. *Introducción a la historia de la filosofía*. Editorial UNAM, México, 2001. Pág. 29.

seguidores estaban a la espera del fin del mundo, para con ello alcanzar el reino de la eternidad.

Para el cristianismo la muerte tuvo lugar a raíz del pecado original, a grado tal, que el propio Cristo muere y resucita, creencia que se puede constatar en las Sagradas Escrituras: "Porque tanto amó Dios al mundo que dio a su Hijo único, para que todo el que crea en él no perezca, sino que tenga vida eterna".¹⁰

De igual manera, en esta cultura se percibe con gran énfasis la creencia de la vida eterna: "Le dijo Jesús: Yo soy la resurrección y la vida; el que cree en mí, aunque haya muerto vivirá".¹¹

El creyente sabe que con la muerte no acaba, sino que nace la vida, la vida eterna. El cristianismo entiende que con la muerte apenas se empieza a vivir.

La religión islámica, se aprecia más estricta en cuanto al precio que se debe pagar para alcanzar una vida eterna, puesto que para esta religión el hombre debe primeramente despojarse de todos sus egoísmos y ambiciones para poder gozar del reino de paz y de vida eterna. "Las enseñanzas del Islam sobre el alma relacionan las del judaísmo y las del cristianismo. Según el Corán, Dios dotó de alma al primer ser humano, y a la hora de la muerte el espíritu de los creyentes es llevado ante Dios."¹²

"En el judaísmo primitivo se define la personalidad humana en su conjunto, sin hacer una clara distinción entre el cuerpo y el alma. Hacia la edad media, sin embargo, el alma era definida como el principio de vida, y era considerada capaz de sobrevivir a la decadencia corporal".¹³

¹⁰ S. Juan 3:16.

¹¹ S. Juan 11:25.

¹² "Alma." *Enciclopedia Microsoft Encarta 2001*. 1993-2000.

¹³ "Alma." *Enciclopedia Microsoft Encarta 2001*. 1993-2000.

1.1.5. LA INDIA ANTIGUA. En sus principios, las creencias religiosas de la India antigua, se vieron guiadas e influenciadas por la doctrina budista. El budismo es una religión fundada al noreste de la India y se basa las enseñanzas de Siddhartha Gautama, más conocido como Buda o “El Iluminado”, quien renunció a todos sus bienes materiales en la búsqueda de la paz y la claridad espiritual, buscando liberarse de los ciclos de la reencarnación.

Los elementos centrales en los que se basaba la Iluminación de Buda, estaban condicionados a la realización de las Cuatro Verdades Excelentes que son a saber:

1.- La vida es un sufrimiento. Esta afirmación va más allá del simple reconocimiento de la existencia del sufrimiento en la vida y se refiere más bien a que la existencia humana es intrínsecamente dolorosa, desde el momento en que nacemos hasta que morimos. Más aún, este sufrimiento ni siquiera desaparece con la muerte, ya que Buda incluyó en sus enseñanzas la idea hindú de que la vida es cíclica, por lo que la muerte simplemente precedería a una nueva reencarnación. La reencarnación, tenía lugar cuando el alma pasa de un cuerpo humano a otro cuerpo humano, y la metempsicosis se presenta cuando el alma pasa al cuerpo de un animal, llamando genéricamente transmigración o palingenesia a una u otra situación.

2.- La causa de este sufrimiento radica en el hecho de que el hombre desconoce la naturaleza de la realidad, producto de lo cual, siente ansiedad, tiene apego por las cosas materiales y mucha codicia.

3.- Se puede poner fin al sufrimiento si el hombre logra superar su ignorancia e ir más allá de las ataduras mundanas.

4.- El camino para dar fin al sufrimiento es el Camino de las Ocho Etapas, que consiste en tener una adecuada visión de las cosas, buenas intenciones, un correcto modo de expresión, realizar buenas acciones, tener

un correcto modo de vida, esforzarse de forma positiva, tener buenos pensamientos y desarrollar la contemplación de un modo adecuado. Estos ocho puntos generalmente se dividen en tres categorías que conforman el pilar central del budismo: moral, sabiduría y samadi o concentración.

En términos generales puede decirse que la religión brahmánica se basó en un panteísmo evidente y en un sistema de división de castas. Para los hindúes, todo fue creado por la divinidad y todo debe volver a ella; a través de dos posiciones distintas: una que pretendió que el individuo podía incorporarse directa o inmediatamente a la divinidad, tras la muerte, sin etapas posteriores, mientras que otra sostuvo, a su vez, que era indispensable antes de la reabsorción, que hubiese etapas de purificación, de suerte que las cosas y los seres humanos debían pasar de un estado a otro, de una situación a otra, en una especie de escala continua: el alma de un mineral podía pasar a una planta, luego a un animal y luego a un hombre, hasta llegar finalmente a confundirse con *Brahma*, el Ser Supremo.

1.1.6. FENICIA. Por lo que hace a las creencias religiosas de esta antigua cultura, señala la autora Appendini que a pesar de que hasta la fecha ninguna tradición filosófica ha tratado explícitamente el tema de la vida y de la muerte en esta civilización, se puede deducir que también creyeron en una vida eterna con la concepción del más allá, toda vez que así lo indican las inscripciones de los sarcófagos de barro cocido que han sido encontrados en las tumbas abiertas en los flancos de las montañas, o hipogeos.

1.1.7. PERSIA. Esta cultura desarrollada aproximadamente en el año 600 a.C., creía firmemente en la inmortalidad del alma, la cual después de la muerte debería pasar por un proceso que tendría por objeto determinar la calidad de los actos cometidos por el hombre en vida, así, si al término del proceso el resultado eran acciones buenas, el alma se internaría en el Ahuramazda, si los actos no eran ni buenos ni malos, entraría al purgatorio, pero si los actos realizadas en la vida terrena eran

malos, el alma se internaría en los antros infernales, de tal manera que los persas creían firmemente en el más allá y en la inmortalidad del alma. Tres días después de la muerte del cuerpo el alma se presentaba ante el tribunal divino que debía pesar sus buenas y malas acciones antes de juzgarla. El alma debía pasar sobre un puente, el Chinvat, tendido sobre el abismo. Si había sido servidora de Ahrimán se precipitaba en los oscuros antros infernales, presa de los demonios; si su conducta no había sido ni mala ni buena, entraba en la *mansión de los pesos iguales* o *purgatorio*; si su conducta había sido ejemplar, se le abrirán los campos de la luz, huerta del *Señor del Universo, Ahuramazda*.

1.1.8. ROMA. Las creencias y costumbres de esta gran cultura desarrollada aproximadamente en los años 753 a 744, estaban definitivamente influenciadas por el Cristianismo, de ahí que la iglesia cristiana haya tenido un papel muy importante, ya que ella ofrecía a las almas que vivían y se encontraban inquietas un “bálsamo divino” que las haría llegar a un estado de paz, al respecto, el maestro Justo Sierra sostiene que: “la iglesia cristiana tenía para aquellas almas inquietas, que sentían vagamente la aproximación de un gran cataclismo social, después de siglos de placer y de paz un secreto maravilloso, un bálsamo divino al que tarde o temprano recurrirían los oprimidos: está era la doctrina de la inmortalidad del alma que servía de base a toda religión”.¹⁴

“En Roma se reconocían las virtudes del suicidio, alternativa preferible a la prolongación de una vida indigna. Plinio el Viejo expresaba: ‘De los bienes que la naturaleza concedió el hombre, ninguno hay mejor que una muerte oportuna, y óptimo es que cada cual pueda dársela a sí mismo’. Para los romanos... quitarse la propia vida era una forma de muerte aceptable cuando evitaba el dolor, el deshonor o simplemente el desgaste de la vida”¹⁵

¹⁴ SIERRA, Justo. *Historia de la antigüedad*. Editorial UNAM, México, 1948. Pág. 85.

¹⁵ KRAUS, Arnoldo. *Eutanasia*. Editorial. CONACULTA, México, D.F., 1998. Pág. 8.

1.1.9. LOS MAYAS. La concepción respecto de la muerte para este importante pueblo de América y de acuerdo a su cosmovisión era que: después de la muerte, las almas de los hombres buenos iban a un sitio de gozo, y las almas de los malos al Mitnal, donde sufrían castigos.

Para los Mayas antes de la llegada de los europeos, la muerte era algo sagrado, algo inherente a la naturaleza: un momento de transición entre un estado actual y otro sucesivo, de las creaciones del gran Espíritu Universal (Dios) de quien todo lo existente y lo por existir, forma parte. Iban mucho más allá de la materia y pensaban en la Energía Universal con Conciencia e Inteligencia Divinas, en el Gran Espíritu Universal, causa suprema de todas las cosas. Esta cultura, tal como lo expresan sus códices y sus monumentales construcciones comprendían la muerte sabían que vivían con ella y que era condición insustituible de los procesos de transformación y evolución de todo lo existente.

1.1.10. LOS AZTECAS. Tanto en ésta, como en el resto de las culturas prehispánicas, la muerte era abrazada con respeto y sin temor. Estaba presente en su cosmogonía, en su filosofía, en sus mitos y en sus festividades. Todo giraba alrededor de la dualidad vida-muerte, todo tenía su contraparte, como un principio fundamental entre los aztecas.

Al parecer, esta dualidad partió del hecho de los períodos de lluvias y secas. En el primero todo florecía, mientras que en lo segundo todo se secaba. Sin embargo, los ciclos naturales les enseñaron que tras el período de secas, nuevamente regresaba un período de florecimiento y este movimiento continuo explicaba a su vez la existencia de las noches y los días, así como también, de la vida y la muerte.

Entendieron que para que existiera esta dualidad que indiscutiblemente generaba vida, ellos tenían la responsabilidad de mantener un equilibrio entre los hombres con el universo y por ello, se explica que realizaran sacrificios humanos, ya que de la muerte, surge la vida.

Se tenía la creencia que los guerreros muertos en combate o en sacrificio eran elegidos para acompañar al sol desde su nacimiento por el oriente, hasta el mediodía, y las mujeres muertas en parto eran elegidas para acompañar al Sol desde el mediodía hasta el atardecer.

El Tlalocan, era otro lugar donde iban los muertos, pero aquí iban los que partieron de esta vida por diversas enfermedades.

Al Mictlan iban todas las personas que morían de muerte natural o de enfermedades no relacionadas con el agua.

En el Mictlan residía una dualidad: Mictlancihuatl y Mictlantecuhtli, señor y señora del mundo de los muertos. El Mictlan era concebido también de forma dual, como una caverna a través de la cual llegan los muertos, pero de igual forma era el lugar del nacimiento de los hombres.

1.2. FILOSÓFICO. Desde un punto simplista podríamos entender que la muerte es la extinción de la vida o el fin de la vida real, idea que no acarrea mayores complicaciones de comprensión, sin embargo, al introducirnos en el ámbito filosófico, se nos pueden presentar diversas complicaciones, ya que en la Filosofía, como en todo saber crítico cada pensador tendrá su particular apreciación respecto de un determinado tema, en este caso sobre la muerte, al grado de llegar a ser en ocasiones ideas totalmente antitéticas.

1.2.1. SÓCRATES. Hoy en día tenemos acceso a algunos conocimientos legados por Sócrates gracias a las revelaciones que de ellos han realizado diversos autores, quienes en su momento llegaron a ser discípulos de esta gran figura de la Filosofía antigua, así por ejemplo, Platón a través de su Dialogo *Fedón* o también conocido como *De la inmortalidad del alma*, nos permite apreciar la visión de Sócrates respecto de la muerte, considerándola como la separación del cuerpo y del alma,

condenando rotundamente el suicidio, ya que según Sócrates, el hombre no dispone de su vida, sino la divinidad, por lo tanto, la muerte sólo puede tener lugar cuando “ la divinidad nos envíe una orden formal de abandonar la vida...”¹⁶

Sócrates identificaba lo eterno, lo divino, intelectual e inmortal con la verdadera virtud. Sólo el hombre justo es el verdadero conocedor de sí mismo y de las esencias de las cosas, sólo en él se unifican la comprensión del intelecto y los deseos de la voluntad.¹⁷

No obstante, Sócrates, se postulaba a favor de la corriente que sostiene aún en nuestros días, que no se deben emplear esfuerzos inútiles en prolongar la vida de impedidos cuyas posibilidades de cura resultaban nulas.

1.2.2. PLATÓN. Por su parte, Platón admite el suicidio en determinadas circunstancias tales como el dolor excesivo o incontrolable, cuando la suerte le imponga al hombre una vergüenza o una ignominia que le hagan imposible la vida, al escribir despreocupadamente estas palabras en su obra titulada *La República*; “establecerás en el estado, una disciplina y una jurisprudencia que se limite a atender a los ciudadanos sanos de cuerpo y alma, en cuanto a los que no estén sanos de cuerpo, déjeseles morir”¹⁸

“Dos son, según Platón, los argumentos que prueban la supervivencia del alma. Por una parte, si el alma es capaz de entender las ideas eternas, algo ha de tener en sí de eterno. En caso contrario no podría entrar en contacto con la eternidad. Por otra parte, el alma es una y simple.

¹⁶ MÁRQUEZ, FRANCISCO. *Platón. La República. Diálogos Colección Obras Selectas*, Madrid, España, Editorial, EDIMAT. Libros 1ª. Edición, 2000 Pág.

¹⁷ Cfr. XIRAU, Ramón. Op. Cit.

¹⁸ BRAVO LLAMOSA JOSÉ LUIS. “MUERTE REAL.” MEX. ED. LITO MARTÍN. 1979. P.69

Y si bien todo lo que es compuesto puede corromperse y dividirse, es imposible que pueda dividirse aquello que, como el alma carece de partes. El alma es inmortal tanto por su participación en la eternidad como por la unidad y la simplicidad que le son intrínsecas”¹⁹ “ En varias ocasiones Platón distingue entre las almas puras y las almas impuras. Las almas puras se salvan; las impuras reencarnan en otros cuerpos; teoría que Platón recogió de los filósofos pitagóricos”²⁰

1.2.3. ARISTÓTELES. Para Aristóteles, la muerte es la cosa más terrible de todas, ya que esta constituye el remate y fin de todo, y para los muertos ya no existen ni más bien ni mal, por lo que deja entrever su incredulidad acerca de la inmortalidad del alma, actitud con la que se muestra un tanto materialista. Considera que el alma esta compuesta de diversos grados (vegetativo, nutritivo, motriz,, intelectual pasivo e intelectual activo).

Afirma en su obra *Ética Nicomaquea* que la "ley no autoriza a suicidarse, y lo que ésta no autoriza, lo prohíbe", el que se suicida obra injustamente contra la ciudad. Por eso también la ciudad lo castiga, y se impone cierta pérdida de derechos civiles al que intenta destruirse a sí mismo, por considerar que comete una injusticia contra la ciudad, en esta misma obra se refiere a los suicidas con gran desprecio al manifestar: “darse muerte por huir de la pobreza o por achaques del amor o por alguna aflicción no es propio del valiente, sino más bien del cobarde”.²¹

1.2.4. SAN AGUSTÍN. Influenciado eminentemente por corrientes religiosas, se manifestó en contra del suicidio y lo equiparó al homicidio no admitiendo ningún tipo de excepción, ni en casos de gran dolor moral ni

¹⁹ XIRAU, Ramón. Op. Cit. Pág. 61.

²⁰ Ibidem. Pág. 61.

²¹ ARISTÓTELES. *Ética nicomaquea*. Editorial Porrúa, México, D.F., 1999.

desesperación. El pensamiento agustiniano influyó en gran medida en la doctrina posterior de la Iglesia. El Código Canónico empezó a condenar el suicidio a partir del Concilio de Arles en el año 452, estableciendo sanciones como la prohibición de cualquier conmemoración del santo sacrificio de la misa y el canto de los salmos cuando se acompañaba al difunto a la tumba, la prohibición de sepultura en campo santo, y para quienes sólo lo hubieren intentado, la excomunión.

San Agustín sostuvo que aunque el hombre es un compuesto de cuerpo y alma, el alma es superior al cuerpo, por lo que no puede sufrir la acción de éste. El alma humana es, para San Agustín, un principio inmaterial que anima al cuerpo. Esta inmaterialidad es la que asegura al alma su inmortalidad.

1.2.5. SANTO TOMÁS DE AQUINO. Como Aristóteles, Santo Tomás pensaba que el alma está compuesta de diversos grados, sin embargo, a diferencia de aquél, consideraba que el alma humana es inmortal y que esta inmortalidad no es algo puramente impersonal, sino al contrario, una inmortalidad de cada una de las almas humanas.²²

Santo Tomas de Aquino en su *Suma Teológica*, denuncia al suicidio y al homicidio como contrarios a la caridad para consigo mismo; como una ofensa contra la comunidad y como una usurpación del poder de Dios, único dueño de la vida y la muerte.

Para este autor era más grave suicidarse que matar a otra persona, no obstante, mantenía una posición más moderada reformulando el concepto de irresponsabilidad respecto a las enfermedades mentales, y en cuanto a las causas u origen de estas, nada tenían que ver con la posesión diabólica u otras influencias sobrenaturales, utilizando los términos romanos *furiosus* o *insanus*. Las concepciones tomistas no influyeron en el Código Canónico hasta el siglo XIX, coincidiendo con la expansión de la Ciencia Psiquiátrica.

²² Cfr. XIRAU, Ramón. Op. Cit. Pág. 148.

En la *Suma Contra Gentiles*, Santo Tomás de Aquino explica cinco razones que comprueban la espiritualidad del hombre y, por tanto, su inmortalidad.

1.2.6. TOMÁS MORO. Ya en la época Renacentista, se comienza a perfilar una reacción en contra de las ideas espirituales que con anterioridad regían la idiosincrasia del hombre, por ello, Tomás Moro en su famosa obra "*Utopía*" describe una forma de Estado ideal, en ella, afirma que se debe prestar a los moribundos todo el cuidado y solidaridad, pero que en casos de dolores extraordinarios, se puede causar muerte al enfermo si este está de acuerdo, privándole de los alimentos o administrándole algún veneno, así mismo, requiriendo previamente el permiso de las autoridades y de los sacerdotes para evitar posibles abusos.

1.2.7. FRANCIS BACON. No es sino hasta la aparición de este personaje cuando el concepto sobre la muerte comienza a sufrir un cambio radical. Bacon no se muestra tímido al exponer su punto de vista respecto de la muerte.

Introduce el término Eutanasia, refiriéndose a la muerte causada por móviles de piedad, e incluye entre los cometidos del médico: devolver la salud y mitigar los dolores y los sufrimientos a los enfermos, no sólo en cuanto esta mitigación pueda conducir a la curación, sino también si puede servir para procurar una muerte fácil y tranquila.

1.2.8. GOTTFRIED W. LEIBNIZ. Este autor se muestra un poco partidario de las creencias religiosas existentes en la Antigua India, aunque se postule escéptico en cuanto a la creencia de los procesos de metempsicosis y trasmigración al considerar al fin del ciclo vital como la disminución o decadencia de la vida..., "*el alma cambia de cuerpo poco a poco y por grados, de suerte que no se e despoblada nunca de golpe de*

todos sus órganos; hay a menudo metamorfosis en los animales, pero nunca metempsicosis ni trasmigración de las almas. Y lo que llamamos generaciones son desenvolvimientos y acrecentamientos. Ni tampoco hay almas totalmente separadas, ni genios sin cuerpo. Sólo Dios está enteramente desprovisto de él".²³

1.2.9. DAVID HUME. A este personaje se le adjudicó una infinidad de veces el calificativo de ateo, sin embargo, su teoría e ideología lo llevaron a cumplir únicamente con los principios del empirismo. Definitivamente no se mostraba partidario de la corriente que pretende preservar la vida a toda costa, de tal manera que en el año de 1777, Hume sostenía: "cuando la vida se ha vuelto una carga, el coraje y la prudencia deben ayudarnos a acabar con nuestra existencia".²⁴

1.2.10. EMMANUEL KANT. Es un autor eminentemente racionalista, para quien, al desaparecer la garantía o mejor dicho la justificación sobrenatural de Dios que funciona como fundamento de la verdad de la ciencia moderna, todo, Dios incluido, ha de ser examinado ante el tribunal de la racionalidad. En términos de Kant, el suicidio es malo, porque viola deberes para consigo mismo, y por tanto, el respeto por nosotros mismos cuando señala: "Según el concepto del deber necesario para consigo mismo, habrá de preguntarse quien ande pensando en el suicidio, si su acción puede compaginarse con la idea de la humanidad como fin en sí. Si, para escapar a una situación dolorosa, se destruye él así mismo, hace uso de una persona como mero medio para conservar una situación tolerable hasta el fin de la vida. Más el hombre no es una cosa; no es, pues, algo que pueda usarse como simple medio; debe ser considerado,

²³ LEIBNIZ, Gottfried Wilhelm. Discurso de metafísica, Sistema de la naturaleza, Nuevo tratado sobre el entendimiento humano, Monadología, Principios sobre la naturaleza y la gracia. Estudio introductivo de Francisco Larroyo. Editorial Porrúa, México, 1991. Pág. 72.

²⁴ KRAUS, Arnoldo. Op. Cit. Pág. 10.

en todas las acciones, como fin en sí. No puedo, pues, disponer del hombre, de mi persona, para mutilarle, estropearle, matarle.²⁵

Sin embargo, se muestra contradictorio cuando se pronuncia a favor de terminar con nuestra vida cuando se presentan ciertas circunstancias que deterioran la calidad de vida y la dignidad de la misma: "... existen cosas máspreciadas que la vida... vivir no es algo necesario, pero si lo es vivir dignamente... ni el infortunio ni un destino adverso deben desalentarnos para continuar viviendo, en tanto que pueda vivir dignamente como corresponde a hacerlo a un hombre".²⁶

1.2.11. CARLOS MARX. Materialista de una manera determinante, sin embargo, se contrapone totalmente a la actitud de abandono que asumen algunos médicos cuando se enfrentan a la fase terminal de una enfermedad. A principios del siglo XIX, Marx presentó su tesis titulada "eutanasia médica" en esa tesis critica a los médicos que se obstinan en tratar más enfermedades que pacientes y abandonan a estos cuando ha desaparecido toda esperanza. Años más tarde, Schopenhauer abría un lugar para el suicidio y la eutanasia al sostener. "Cuando los terrores de la vida pesan mas que los terrores de la muerte, el hombre debe terminar con su existencia".²⁷

1.2.12. FEDERICO NIETZSCHE. Nietzsche, se mostraba inclinado hacia las ideas Platónicas y desgraciadamente una falsa y deformada interpretación de su pensamiento constituyó un importante factor de inspiración para el nacional-socialismo hitleriano. Al tratar de inspirarse en los temas de la filosofía presocrática, Nietzsche insiste en uno

²⁵ KANT, Emmanuel. *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*. Ed. Planeta. Barcelona. 1997. Págs. 78-79.

²⁶ DIAZ ARANDA, Enrique. *Eutanasia: ¿Derecho a morir con dignidad?* Revista de la Facultad de Derecho de México. Ed. UNAM. Tomo XLIV. Enero-abril. Núm. 193-194. Pág. 26.

²⁷ Ibidem. Pág. 11.

de los mitos más antiguos de la humanidad y que es el llamado eterno retorno, mito en el que podemos observar la necesidad de la afirmación del instante que, si se repite cíclicamente, ciclo tras ciclo de manera eterna, se convierte en un instante eterno dentro de la historia. Si esto fuera así, tanto la idea del súper hombre-sustituto nietzscheano de Dios- y el instante eterno -sustituto nietzscheano de la eternidad, de la inmortalidad y de la vida eterna- no son sino nuevas pruebas de un mismo deseo ambiguo que le llevo a negar la eternidad y el Dios del Cristianismo y le condujo al mismo tiempo, a encontrar una nueva forma de religión basada en la eternización cíclica de la vida humana.²⁸

1.3. MÉDICO. Dentro de un ámbito totalmente distinto, la ciencia médica ha definido el proceso de muerte no sólo de manera general, lo que equivaldría a decir que es la *abolición de las funciones vitales tales* como: respiración, circulación, sensibilidad, etc., sino que la ha clasificado un tanto por los acelerados avances en los conocimientos de los diversos sistemas integrantes del ser humano, en especial a lo que hace al sistema nervioso central, el que por su funcionamiento y su papel dentro del mecanismo humano, obliga a la pericia médica a distinguir lo que hoy conocemos como:

1.3.1. MUERTE APARENTE. A este estado también se le conoce con el nombre de catalepsia, de acuerdo con el Doctor Gómez Bernal, la muerte aparente es “un estado transitorio en el cual las funciones vitales disminuyen hasta un grado tal que resulta difícil determinar por medios comunes la persistencia de la vida. La respiración, la circulación y la actividad nerviosa no se perciben clínicamente, se presenta una pérdida de conocimiento y una palidez análoga a la del fallecimiento, y este estado puede evolucionar hacia la muerte real o hacia la recuperación vital”.²⁹

²⁸ Cfr. XIRAU, Ramón. Op. Cit. Pág. 335.

²⁹ GÓMEZ BERNAL, Eduardo. Op. Cit. Pág. 69.

1.3.2. MUERTE CEREBRAL. Se refiere al deterioro sufrido en el sistema nervioso central que impide la continuación de la vida sin ayuda de instrumentos o medios de soporte vital, en la actualidad es el criterio imperante para efectos del diagnóstico clínico de la muerte, seguido del criterio cardio-respiratorio.

Al respecto, la Ley General de Salud, en el artículo 344, señala que:

“La muerte cerebral se presenta cuando existen los siguientes signos:

- I. Pérdida permanente e irreversible de conciencia y de respuesta a estímulos sensoriales;
- II. Ausencia de automatismo respiratorio, y
- III. Evidencia de daño irreversible del tallo cerebral, manifestado por arreflexia pupilar, ausencia de movimientos oculares en pruebas vestibulares y ausencia de respuesta a estímulos nociceptivos.”³⁰

De igual manera, el ordenamiento jurídico en comento, sugiere corroborar los signos señalados en las fracciones anteriores, a través de las siguientes pruebas:

- I. Angiografía cerebral bilateral que demuestre ausencia de circulación cerebral, o
- II. Electroencefalograma que demuestre ausencia total de actividad eléctrica cerebral en dos ocasiones diferentes con espacio de cinco horas.”³¹

1.3.3. MUERTE REAL. Que se entiende como la cesación irreversible de todas las funciones vitales, tales como, la respiración, circulación, conciencia, etc., cuyos signos son, por mencionar sólo algunos: la rigidez cadavérica, el enfriamiento corporal, la palidez, pupilas dilatadas, sin respuesta a reflejos luminosos, sin respuesta a estímulos dolorosos.

³⁰ Ley General de Salud. Art. 344.

³¹ Ley General de Salud. Art. 344.

1.3.4 MUERTE VIOLENTA. Es el cese definitivo de las funciones vitales del ser humano, causada por agentes externos a la persona que la sufre, puede originarse a partir de un accidente o por homicidio.

1.4. LEGAL. Desde el punto de vista legal, y para efecto de establecer una idea aproximada sobre la muerte, será necesario auxiliarnos de ciertos ordenamientos especiales como son: el Código Civil Federal, el Código Civil para el Distrito Federal y la Ley General de Salud.

Los primeros parámetros dentro de la esfera legal los otorga el médico legista, Edgar Morales Juvea, quien manifiesta: "En derecho, la muerte natural extingue la personalidad civil de las personas en todas las relaciones jurídicas personales, tanto civiles como penales, mientras que se mantienen transferidas las patrimoniales, incluso las penas pecuniarias, en la persona del sucesor. En medicina legal, el diagnóstico clínico de la muerte está basado en el cese de la respiración y de la circulación (muerte funcional)".³²

Por lo que hace a la legislación Civil, podemos observar que no establece una definición respecto de la muerte, sin embargo, hace referencia a ella cuando se habla de la pérdida de la capacidad jurídica. Tanto el Código Federal Civil como el Código Civil para el Distrito Federal, en su artículo 22 hablan de la pérdida de la capacidad jurídica de las personas, entendiendo por persona todo aquel ente vivo susceptible de derechos y obligaciones.

Por otro lado, la Ley General de Salud, es más clara y concreta que los ordenamientos civiles invocados, en el sentido de que establece las pautas para poder determinar el momento en que fenece la vida, de esta manera, en su artículo 343 se establece:

³² MORALES JUVERA, EDGAR. *A favor de la "buena" Eutanasia*. Medicina y Ética. Revista Internacional de Bioética, Deontología y Ética Médica. Volumen II, número II, JULIO-SEPTIEMBRE, 1992. México. Pág. 254.

“ Para los efectos de éste Título, la pérdida de la vida ocurre cuando:

- I. Se presente la muerte cerebral, o
- II. Se presenten los siguientes signos de muerte:
 - a) La ausencia completa y permanente de conciencia;
 - b) La ausencia permanente de respiración espontánea;
 - c) La ausencia de reflejos del tallo cerebral, y
 - d) El paro cardiaco irreversible”³³

Podríamos concluir, por nuestra parte y siguiendo la opinión del Doctor Quiroz Cuarón que en materia de legislación común, la muerte de una persona será: “la desintegración irreversible de la personalidad, en sus aspectos fundamentales morfo-físico-psicológicos, de tal modo que cese la unidad biopsicosocial como un todo funcional y orgánico, definidor de aquella personalidad que así se extinguió”.³⁴

Haciendo una conjunción de los conceptos médico y legal, podremos decir que la muerte es: la detención del proceso que preserva la integridad física y mental del cuerpo. En otras palabras, es la detención del proceso de la vida y como tal es una secuencia de hechos que culmina en la cesación de las funciones vitales.

1.5. PSICOLÓGICO. No debemos pasar por alto uno de los aspectos más importantes en torno al proceso de muerte. Al respecto diversos estudiosos de la psique humana se han dado a la tarea de examinar nuestras reacciones llegado el momento de afrontar esta etapa inevitable de nuestra existencia, vistas desde las perspectivas del sujeto que sufre este proceso, de su familia, del personal médico y de la sociedad en general. Los autores que presentaremos a continuación son los que gozan de mayores créditos hoy en día, gracias a sus estudios y aportaciones realizadas sobre este tema.

³³ LEY GENERAL DE SALUD. Art. 343.

³⁴ QUIRÓZ CUADRON, ALFONSO. *Medicina forense*, 2ª ed., Editorial Porrúa, México, 1980. Pág. 551.

1.5.1. EMILIO DURKHEIM. Básicamente este autor, ha realizado estudios de índole sociológica con relación a la muerte, establece que el suicidio cometido por motivos altruistas era bastante frecuente en los pueblos primitivos, destacando tres categorías: suicidios de hombres llegados al dintel de la vejez o atacados por una enfermedad; suicidios de mujeres a la muerte de su marido; suicidios de clientes o servidores a la muerte de sus jefes.

En 1897 escribe una obra titulada "*El suicidio*" que es una investigación que sirvió a Durkheim para mostrar la validez de sus propuestas metodológicas y teóricas y a la vez para reflexionar una vez más sobre el problema de la cohesión social en las sociedades modernas. Mediante análisis estadísticos, pioneros en su época, demostró que la tasa de suicidio variaba entre individuos de distintas creencias religiosas y distintos grupos sociales. Por ello, estas variaciones no podían explicarse recurriendo a factores psicológicos. Eran hechos sociales que requerían una explicación social. Finalmente, llega a la conclusión de que "el suicidio anónimo" se produce cuando tienen lugar cambios sociales súbitos que dan lugar a quiebras o desajustes en las normas sociales, éstos producen un estado de anonimato que supone confusión, inseguridad, falta de criterios, que a veces conduce al suicidio.

1.5.2. SIGMUND FREUD. Freud destacó el hecho de que nuestra muerte no nos es representable, frente a ella somos siempre espectadores. También afirmó que no existen diferencias entre la vivencia subjetiva del hombre primitivo y el actual, ya que para ambos este hecho es "inimaginable e irreal".

Freud explica que aceptamos racionalmente que la muerte es el fin natural de la vida, el límite de la existencia, siendo esto absolutamente inevitable; pero vivimos como si no pudiésemos imaginar nuestra propia muerte, como si en lo inconsciente nos sintiéramos inmortales.

“La falta de representación de la propia muerte en lo inconsciente

favorece la negación de la misma”.

Cuando ésta se presenta, para evitar la angustia -es decir, el sentimiento de peligro de la disolución del propio yo, de su destrucción- se producen mecanismos defensivos inconscientes que permiten mantener el equilibrio psíquico.

Algunos de estos mecanismos son:

▶ La identificación, por la cual un sujeto se siente uno con el otro, como si fuera el otro.

▶ La negación, que es una operación que se produce en el discurso, diciendo que algo no es verdad para no admitirlo, da cuenta de la división subjetiva.

▶ La proyección, en la cual se adjudica a otros los propios sentimientos e intenciones.

▶ La racionalización, por la cual se argumenta a la manera de excusas.

▶ La idealización, que consiste en elevar la imagen de otro y percibirlo perfecto.

▶ La anulación, que consiste en imaginar sin efecto un hecho por la realización de otro.

▶ La evitación, que consiste en apartarse y huir de lo desagradable.

▶ La renegación, por un lado se acepta la existencia de un hecho y por otro, no, en una verdadera división del propio yo en dos corrientes diferentes: una toma en cuenta la realidad y la otra no la acepta”³⁵.

1.5.3. MELANIE KLEIN. Los estudios realizados por Melanie Klein con relación a la muerte la llevaron a sostener que, la concepción de la muerte a lo largo de la vida del hombre variará de acuerdo a la etapa que vive, señala que durante los primeros meses de vida del ser humano las

³⁵ <http://www.cucaiba.gba.gov.ar/entrevista.htm>

emociones son intensas, totales y primitivas, la más temprana vivencia del bebé es la de un terrible miedo a ser aniquilado por objetos que lo persiguen y atacan. Puesto que los mayores intereses del niño giran alrededor de la alimentación y lo que la rodea, los fantasmas que lo atemorizan son también de naturaleza oral: miedo a ser devorado, envenenado o despedazado.

En los primeros años de vida tanto las separaciones como la frustración de los deseos eróticos hacia los padres (exclusión edípica) o las fantasías de castración pueden dar lugar a una angustia reminiscente de la muerte. Pero el comienzo real del conocimiento de la muerte coincide con el inicio de la capacidad de simbolización, alrededor de los dos años. Para un niño de uno a tres años, la muerte equivale a "partir". Por otra parte teme a los muertos, a su retorno y a su venganza, igual que los hombres primitivos. Los niños no ven a la muerte, por lo tanto, como algo inherente a la vida o al curso de los acontecimientos, sino que la relacionan con hechos de violencia o accidentes.

La noción de muerte personal aparece entre el quinto y el noveno año de vida; sólo alrededor de los diez años la muerte es comprendida como una disolución corporal irreversible, de modo que a partir de ese momento la concepción infantil ya es semejante a la del adulto.

El joven adulto, no tiene en general la conciencia de muerte que tiene el adolescente. Tal vez el compromiso asumido con los grandes temas de la vida hace que la muerte quede de lado. Por tal situación, el tiempo cristaliza como una categoría simbólica y el sujeto puede concebir su vida como un devenir incluido en otro devenir más amplio: el de un universo en evolución.

La noción de la muerte personal e inevitable aparece, junto con la de la temporalidad propia, entre los 35 y los 40 años. La posibilidad de aprehender una y otra en su dimensión de finitud e irreversibilidad supone un largo y complejo proceso, en el cual la noción de muerte se transforma de una idea abstracta en un problema personal.

La adultez admite y asume la existencia de limitaciones personales y también la finitud de la vida propia y de la de los seres queridos. Por ello, la patología más frecuente en relación con el choque de tales límites es la depresión: la conciencia de que el lapso por vivir se acorta da lugar a un sentimiento fuertemente subjetivo de que el tiempo transcurre de prisa. Por ello, el adulto tiende a reestructurar la vida en términos de tiempo por vivir y no a partir del nacimiento pero el miedo a la muerte aparece bajo la forma de temor a las enfermedades y a la vejez.

1.5.4. ELISABETH KÜBLER-ROSS. Kübler-Ross, fue un personaje contemporáneo que realizó importantes aportaciones respecto del manejo del proceso de muerte. Luego de ser objeto de diversas enfermedades que la llevaron a visitar las frías y hostiles salas de los centros hospitalarios, y luego de liberarse definitivamente de las imposiciones tradicionalistas de su padre, descubrió su verdadera vocación; el servicio humanitario hacia los enfermos hecho que coincidió con la decadencia de los movimientos armados de la Segunda Guerra Mundial seguido de la liberación de los campos de concentración y exterminio.

Para esta autora la muerte no es otra cosa más que un pasaje hacia otra forma de vida y la forma en que nos situemos frente a ella definirá nuestro proceso de muerte. Después de realizar una cantidad de estudios de campo inimaginable sobre enfermos terminales, dio a conocer y clasificó a la muerte y la agonía, en cinco etapas que son a saber:

A).- Negación: cuando una persona se entera de que sufre una enfermedad mortal su primera reacción es la negación, aquel mecanismo de defensa que ante la evidencia nos hace decir "no, no puede ser", esto constituye una autosugestión que implica la no aceptación de la condición, la persona se convence de que ha habido errores en los resultados de laboratorios o radiografías y cambiando de médico para obtener otra respuesta. La negación es un mecanismo normal que nos ha acompañado a lo largo de toda nuestra vida con relación al tema de la muerte, y la negación parcial de ésta hasta se hace necesaria para asumir algunos riesgos, pero ante la noticia de una muerte inminente se hace total.

Es importante destacar que la negación, a su vez, no es un fenómeno absolutamente individual, dado que nuestra cultura poco a poco ha ido negando los eventos de la muerte, no se habla de ella, los velatorios se trasladaron de la cama de la propia casa donde se era acompañado por gran cantidad de familiares y amigos, a una camilla de terapia intensiva, con restricción de visitas y con la soledad que un lugar como ese provoca.

B).- Ira: cuando el enfermo acepta por fin la realidad se rebela contra ella, y nace la pregunta ¿por qué yo? la envidia comienza a tener lugar al igual que los deseos de tener la vida de los demás, su ira inunda todo a su alrededor, nada le parece bien, nada le conforma. Todo lo que ve le produce un agudo dolor, recordar su condición le inunda de odio y rencor, esta etapa se caracteriza por la negación de dios, los insultos. Su autoestima está atropellada por no ser él el elegido para permanecer con vida. Los enfermos en esta etapa necesitan expresar su coraje para librarse de él.

C).- Pacto o negociación: aquí se comienza a asumir la condición de estar moribundo, pero aparece una tentativa por negociar el tiempo, se intenta hacer un trato, dado que en vida este recurso más de alguna vez lo sacó de algún apuro, aunque la realidad le indique que para eso es demasiado tarde, verbigracia, el eterno fumador que cuando se entera que tiene cáncer promete no fumar nunca más. Los adultos en estas circunstancias se vuelven regresivos, pidiendo tiempo a cambio de buena conducta. La gran mayoría de estos pactos son secretos y sólo quienes los hacen tienen conciencia de ello.

D).- Depresión: esta aparece cuando se tiene conciencia de que todos los pasos anteriores fracasan ante el desarrollo de la enfermedad que provoca gran invalidez, dolores u hospitalizaciones continuas. Las consecuencias psicosociales que acarrea una enfermedad catastrófica, entre ellas; decadencia física, imposibilidad de trabajar o desempeñarse en tareas habituales, problemas económicos y familiares, sensación de inutilidad y de constituir una carga innecesaria, provocan en el enfermo un estado natural de depresión. La depresión es producto de lo ya perdido,

pero también un proceso de preparación ante la propia muerte. En esta etapa, es saludable para el enfermo expresar la profundidad de su angustia en vez de esconder su dolor.

E).- Aceptación: requiere que la persona haya tenido el tiempo necesario para superar las fases anteriores. La persona ha trabajado con la muerte a través de la ansiedad y el coraje, y ha resuelto sus asuntos incompletos. A esta etapa se llega muy débil y cansado. En su lucha por desprenderse del mundo y de las personas prefiere estar solo, preparándose para morir, durmiendo demasiado, a lo mejor en un proceso de evaluación anímica que es una experiencia privada y personal. El paciente ha comenzado a morir, a renunciar a su vida en paz y armonía, en esta etapa no hay ni felicidad ni dolor, solo paz, el dolor está en quienes rodean al enfermo, éste solo desea el silencio para terminar sus días con un sentimiento de paz consigo mismo y con el mundo.³⁶

Estas etapas no se dan rigurosamente como una secuencia invariable, alguien puede morir enojado con el mundo, o sin jamás aceptar la muerte por que su amor a la vida es más fuerte que su paz interior, por lo general quien no desea morir llegando su hora ha dejado algo pendiente, resolver sus asuntos de la mejor forma puede ser un incentivo para el buen morir. Lo importante es que a través de estas etapas Kübler-Ross supo plasmar una anatomía psíquica de la muerte, acompañada de todo su carácter emocional.

Elizabeth Kubler-Ross, señala que existen diversas razones por las que no se afronta la muerte con tranquilidad, por que el morir se ha convertido en algo solitario e impersonal, porque a menudo las personas enfermas son arrebatadas de su ambiente familiar y llevadas a un hospital donde se les trata como objetos, tomando otros las decisiones por ellos, olvidando que tienen sentimientos, deseos, opiniones y sobre todo el derecho a ser escuchadas y a tomar la decisión de querer o no estar en ese lugar.

³⁶ Cfr. KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Sobre la muerte y los moribundos*. Editorial Grijalbo, Barcelona, 1989.

Así pues, haciendo un recuento de las argumentaciones realizadas a lo largo de este capítulo, podemos apreciar que la concepción de la muerte a través del tiempo ha sufrido importantes transformaciones, ya que en un principio las antiguas culturas se conducían con respeto frente a este proceso e inclusive lo llegaban a anhelar, por que de acuerdo a sus creencias, básicamente religiosas mediante este proceso los hombres podían ser candidatos a gozar de una mejor vida con carácter de eterna, siempre y cuando sus acciones durante la vida terrena hubiesen sido buenas para alcanzar este privilegio.

Este punto de vista fue compartido por muchos de los más destacados filósofos de la historia, sin embargo, durante el trance de la época renacentista, diversos filósofos comienzan a refutar esta idea, adoptando en considerables ocasiones una actitud extremadamente materialista, para quienes después de la vida no existe ni la supervivencia del alma, la reencarnación ni una vida posterior, con la muerte se acaba toda la existencia de un ser humano.

Concluyéndose que con la aparición de la Psicología, así como de la Psiquiatría, su posterior evolución por un lado y gracias al acelerado crecimiento poblacional, y a los avances tecnológicos por otro; hoy en día la idea que tenemos sobre la muerte nos resulta incierta, temeraria ya que existe la posibilidad de que al afrontar este proceso, el personal médico, nuestros familiares y la sociedad misma nos sometan al sufrimiento de una agonía inútil por el empleo de medios extraordinarios que no hacen más que alargar nuestra existencia en el caso de las enfermedades en fase terminal; y, ante esta temeridad se han desarrollado ciertas disciplinas psicológicas, como por ejemplo la Tanatología, que es una ciencia entendida en la actualidad como una instancia de atención a los moribundos y cuyo objetivo es ayudar a que el paciente y sus familiares afronten y acepten el proceso de muerte como un proceso natural e inherente a la vida misma del ser humano, proporcionando en todo momento al enfermo el mayor apoyo y confort físico, moral y espiritual.

CAPÍTULO SEGUNDO.

ASPECTOS MÉDICOS DE LAS ENFERMEDADES EN FASE TERMINAL.

2.1 CONCEPTO DE ENFERMEDAD

2.2 HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

- 2.2.1 Periodo Prepatogénico
- 2.2.2 Periodo Patogénico

2.3 CONCEPTO DE ENFERMEDAD EN FASE TERMINAL

2.4 REFERENCIA A ALGUNOS ESTADOS MÓRBIDOS FRECUENTEMENTE EVOLUTIVOS HACIA LA FASE TERMINAL

2.4.1 *ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL*

- 2.4.1.1 SIDA
- 2.4.1.2 Sífilis

2.4.2 *ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS*

- 2.4.2.1 Cáncer de Pulmón
- 2.4.2.2 Cáncer de Mama
- 2.4.2.3 Cáncer de Estómago o
Colon
- 2.4.2.4 Cáncer de la Sangre o
Leucemia
- 2.4.2.5 Cáncer de Próstata
- 2.4.2.6 Cáncer Cérvico Uterino

2.4.3 *ENFERMEDADES CRÓNICO – DEGENERATIVAS*

- 2.4.3.1 Diabetes Mellitus
- 2.4.3.2 Cirrosis Hepática

CAPÍTULO SEGUNDO.

ASPECTOS MÉDICOS DE LAS ENFERMEDADES EN FASE TERMINAL.

Como observamos en el capítulo anterior, la muerte resulta ser un fenómeno tan complejo visto desde la perspectiva conceptual, situación que no varía si atendemos a las causas que la originan. Sin embargo, nuestro estudio se limita principalmente al análisis de una de las causas que, con mayor frecuencia pueden conducir al proceso de muerte, es decir, las enfermedades avanzadas hacia una fase terminal e irreversible, calificativo asignado a estas por la pericia médica, cuando concurren ciertas circunstancias que a continuación se mencionarán.

Antes de abordar la parte medular de este capítulo, resulta importante entender lo que es un estado mórbido y de qué manera éste va desencadenando una serie de procesos que derivan en fases o estadios comúnmente llamados terminales. Atendiendo a estas razones, por ello es necesario definir en primer plano lo que es el estado de enfermedad.

2.1. CONCEPTO DE ENFERMEDAD.

Clínicamente, la enfermedad se puede definir como el fenómeno patológico debidamente demostrable a través de la ley orgánica, de las alteraciones funcionales y psíquicas condicionadas por los factores ambientales. Su grado de violencia girará en torno a la naturaleza de la agresión física, química o biológica a que es sometido el hombre, dependiendo también el estado previo del organismo agredido que puede responder a variadas manifestaciones cuantitativas y cualitativas diversas, según su capacidad de reacción.

El doctor Martínez y Martínez, concibe el estado de enfermedad como un “proceso que se inicia en el medio ambiente y puede terminar en el individuo, que afecta directa o indirectamente a todo el organismo, pero cuyas manifestaciones dominantes son de carácter localizado (órgano o sistema), que se presenta como una reacción o respuesta del organismo al conjunto de factores de riesgo que la producen; que comprende la totalidad psicósomática del individuo o huésped, que no puede entenderse al margen de los factores económicos, sociales, políticos y culturales de su ambiente social y que tiene carácter relativo, dependiendo de los valores que cada individuo o grupo social aplique para estimarla”.³⁷

El anterior criterio nos otorga la pauta para comenzar a hablar del proceso evolutivo de la enfermedad, denominado por la ciencia médica como *Historia Natural de la Enfermedad*.

2.2. HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD. Ha sido definida por el Doctor Martínez y Martínez como un “proceso de fenómenos que se inician en un individuo en un momento de su vida al exponerse a una serie de factores de riesgo (periodo prepatogénico), que pueden desencadenar la aparición de la enfermedad subclínica y clínica (periodo patogénico)”³⁸

La historia natural de la enfermedad, no es otra cosa que la duración e intensidad de las manifestaciones subjetivas o síntomas que dependerán de una multitud de factores interdependientes.

En toda enfermedad se distinguen tres periodos:

1.- De incremento, que se extiende desde el principio del mal hasta que este adquiere su mayor intensidad sintomática.

³⁷ MARTÍNEZ Y MARTÍNEZ, Roberto. *La salud del niño y del adolescente*. Tomo I. Editorial Salvat Mexicana, México, 1982. PAG. 110-111.

³⁸ MARTÍNEZ Y MARTÍNEZ, Roberto. Op. Cit. Pág. 110.

2.- Estacionario, en el que las manifestaciones se continúan sin gran variedad.

3.- De declive, que se extiende hasta la curación por crisis repentina o por lisis (curación lenta).

La recuperación o la curación no define siempre una *restitutio ad integrum*, o una devolución al estado de salud anterior en todos los sentidos, ya que puede ser que el proceso morboso haya dejado secuela, cicatriz, invalidez o falla de alguna función, ya irreversible, pero que no puede ser calificada de enfermedad, si no como una huella del mal padecido naturalmente, en ocasiones, esta secuela puede ser el origen de una nueva enfermedad o incluso la muerte.

En resumidas cuentas, podemos concluir que los periodos de la Historia Natural de la enfermedad son dos, de los cuales, el primero comenzará a desarrollarse en el medio ambiente, antes de ser afectado el hombre, y se denomina periodo prepatogénico; el segundo periodo, tendrá lugar una vez que el huésped ha sido afectado, denominándosele periodo patogénico.

2.2.1. PERIODO PREPATOGENICO.

Comprende los factores de riesgo en relación con el agente, el huésped y el ambiente. Constituye un conjunto de causas que se confabulan para que un individuo se enferme, situación que se conoce como principio de multicausalidad.

2.2.2 PERIODO PATOGENICO.

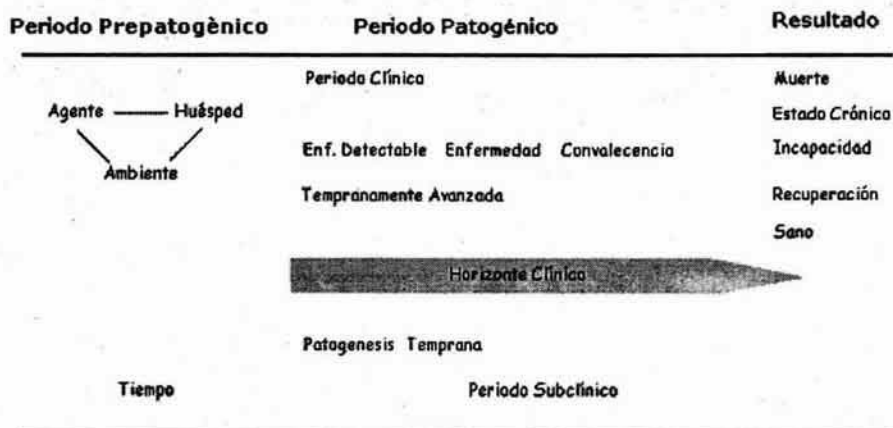
Comprende la fase de la evolución de la enfermedad en el individuo.

“Se inicia en el momento en que entran en interacción el estímulo y el huésped; la respuesta o reacción de éste ante el estímulo de enfermedades se traduce en cambios orgánicos y funcionales a través de todo el periodo patogénico, lo cual constituye las etapas evolutivas del curso natural de la enfermedad. Tanto la epidemiología como la clínica, comprenden tres fases del estudio de la enfermedad: la de invasión, la de estado y la de convalecencia, que en el periodo patogénico se engloba en dos etapas: etapa subclínica y etapa clínica”.³⁹

En la etapa subclínica, se presentan síntomas mínimos o generales, inespecíficos, de escasa o limitada duración, cuyo diagnóstico sólo puede confirmarse con exámenes de laboratorio.

La etapa clínica comprende: *signos y síntomas* de la enfermedad y sus complicaciones, para elaborar un diagnóstico diferencial, *incapacidad-recuperación, defecto o daño, estado crónico, muerte*.

Gráficamente la historia natural de la enfermedad se sintetiza de la siguiente manera:



³⁹ MARTÍNEZ Y MARTÍNEZ, Roberto. Op. Cit. Pág. 134.

2.3. CONCEPTO DE ENFERMEDAD EN FASE TERMINAL.

Al referirnos a la fase terminal de una enfermedad, podemos percibir éste término desde dos perspectivas: una objetiva y la otra subjetiva.

Objetivamente la enfermedad en fase terminal puede concebirse como: la muerte cercana, predecible e inevitable derivada de un proceso patológico independiente de cualquier otra circunstancia y en un plazo de tiempo estimado a corto plazo.

Subjetivamente, podemos decir que cada persona tendrá una apreciación muy particular del curso y avance de la enfermedad padecida simplemente porque no hay dos enfermos iguales. Cada quien vive y siente el proceso de morir de una forma distinta y en función de muchos factores. Sin embargo, hay vivencias que suelen ser comunes en la mayoría de ellos, según indican los estudios llevados a cabo por la Dra. Kübler-Ross, de quien ya hemos hablado en el capítulo anterior.

Los factores que suelen tomarse en cuenta para definir el grado terminal de un estado mórbido son los siguientes:

- ▶ El progreso patológico avanzado, incurable y en fase de progresión rápida.
- ▶ La falta de posibilidades racionales de respuesta al tratamiento específico.
- ▶ Presencia de múltiples síntomas y complicaciones de causa viable y diversa que condiciona su inestabilidad evolutiva.
- ▶ Pronóstico de vida inferior a seis meses-un año.
- ▶ Gran impacto emocional sobre el enfermo, sus familiares y el equipo terapéutico.
- ▶ Con aparición, generalmente de dolor total (físico, emocional, social, espiritual).

En síntesis, la enfermedad en fase terminal será todo aquel estado mórbido, que ha desembocado en un estado incurable e irreversible, de acuerdo con los recursos con que de momento cuente la ciencia médica y cuyo promedio de vida oscila entre los seis meses y un año, siendo en la gran mayoría de los casos que la calidad de vida y dignidad de la misma comienza a sufrir un considerable detrimento para el paciente.

2.4. REFERENCIA A ALGUNOS ESTADOS MÓRBIDOS FRECUENTEMENTE EVOLUTIVOS HACIA LA FASE TERMINAL.

En el presente apartado trataremos algunas enfermedades, que por su naturaleza, se relacionan con más frecuencia a las denominadas "enfermedades en fase terminal", será abordado únicamente en lo que se refiere a la definición y manifestaciones de cada enfermedad, con la finalidad de allegarnos a una idea aproximada de cuán deteriorada puede llegar a ser la calidad de vida de un enfermo en estas circunstancias, sujetándolo en la mayoría de los casos a la dependencia de terceras personas por el resto de su existencia.

Los estados mórbidos a tratar, los hemos dividido en tres grupos que atienden a: enfermedades de transmisión sexual, enfermedades oncológicas, y enfermedades crónico-degenerativas, aunque consideramos necesario insistir en que lo desarrollado en este capítulo de ninguna manera constituye una clasificación de las enfermedades en fase terminal, ya que como se estableció en el apartado relativo a la *historia natural de la enfermedad*, todo estado mórbido puede llegar a desembocar en un estadio terminal, circunstancia que dependerá de cómo éste sea tratado y de las características propias de cada organismo, sino que únicamente se tratan de ejemplificar los estados mórbidos que comúnmente relacionamos más con la fase terminal.

2.4.1 ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL.

2.4.1.1. SIDA. El Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida es la última fase de una enfermedad contagiosa y mortal producida por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), perteneciente a la familia de los retrovirus, el cual destruye las defensas naturales del organismo.

Los síntomas del VIH y el SIDA generalmente comprenden a los síntomas de las enfermedades que atacan el cuerpo a causa del debilitamiento del sistema inmunológico, generalmente llamadas oportunistas, entre los que se pueden señalar: fiebre que puede durar días o meses, sin presencia de otros síntomas o de otra enfermedad y sin otra causa evidente, períodos prolongados de escalofríos y sudoración, fatiga crónica o de larga duración para la cual se han descartado otras causas, pérdida de apetito o disminución de peso, especialmente la pérdida de más de 10% del peso corporal, sin ninguna otra enfermedad o afección presente, dolor muscular y articular crónico y sin que se conozca la razón, dolor de garganta inexplicable, de larga duración, ganglios linfáticos con tumefacción inexplicable, prolongada diarrea, especialmente si dura más de un mes y no hay otro síntoma o enfermedad presente, cierta clase de llagas o cambios en la piel (herpes) que duran más de 4 semanas.

Entre las infecciones oportunistas que afectan con más frecuencia a la persona con SIDA figuran:

◆ **SARCOMA DE KAPOSÍ.** Es una neoplasia en la piel representado por manchas, lesiones o ulceraciones de color rojo, azul oscuro, morado o marrón en la cara, boca, brazos, parte superior del cuerpo o piernas, independientemente de que se pueden extender hacia los pulmones, hígado, estómago, esófago, intestinos y huesos.

◆ **NEUMONÍA.** Es una infección o una inflamación de los pulmones, que se llenan de pus y otros líquidos, lo que dificulta que el

oxígeno llegue a la sangre. Debido a eso y a la diseminación de la infección por el cuerpo, la neumonía puede causar la muerte.

◆ **TUBERCULOSIS.** La tuberculosis es una infección viral, que principalmente ataca a pacientes con estado nutricional deficiente, con inmunodepresión o enfermedades crónicas. Así mismo las infecciones virales como el sarampión y la varicela, la tosferina, el estrés, la vacunación antivariolosa, las infecciones pulmonares virales graves y el uso de esteroides puede activar un foco tuberculoso antiguo.

◆ **DIARREA.**

◆ **INFECCIONES POR HERPES SIMPLE.**

◆ **MENINGITIS.** Es una infección que ataca al sistema nervioso central, específicamente al encéfalo y las meninges.

2.4.1.2. SÍFILIS.

“La sífilis es una enfermedad sexualmente transmisible causada por una bacteria llamada *Treponema Pallidum*. Si esta enfermedad no es tratada oportunamente, puede causar severos daños al cerebro y a otros órganos del cuerpo. Las bacterias que causan la sífilis viven y se reproducen en las lesiones de la piel de una persona infectada. Las lesiones infecciosas de la piel frecuentemente se encuentran en el área genital, aunque es posible que también ocurran en la boca y en otras partes del cuerpo”.⁴⁰

La sífilis sin tratar progresará en cuatro etapas características de la enfermedad: **primaria, secundaria, latente y terciaria.**

1.- En la etapa primaria se desarrolla una llaga o úlcera que no causa dolor, conocida como **chancro**, que es por donde la bacteria penetra

⁴⁰ www.youngwomenshealth.org/spsyphilis.html

al torrente sanguíneo. Es firme y redonda y generalmente aparece de 9 a 90 días (el promedio es 21 días) después de la exposición.

2.- La etapa secundaria comienza entre 2 a 12 semanas más tarde e indica que la enfermedad se ha extendido a través del cuerpo. Se pueden tener síntomas gripales de 3 semanas hasta 6 meses después de la infección. En este momento, también pueden aparecer uno o más salpullidos en las palmas de las manos y las plantas del de los pies, el área de la ingle y por todo el cuerpo.

La segunda etapa también puede incluir fiebre, dolor de cabeza, dolor de garganta, ganglios linfáticos agrandados, dolor de garganta, pérdida de pelo en diferentes áreas, dolores musculares, manchas mucosas o llagas en la boca, cansancio y protuberancias o verrugas en las áreas cálidas y húmedas del cuerpo. Los salpullidos generalmente sanan en 2 a 6 semanas y se van sin tratamiento, pero la bacteria aún subsiste en el cuerpo del huésped.

3.- El período latente se caracteriza por la ausencia de síntomas y es probable que continúe durante meses o inclusive años, se considera la etapa más peligrosa debido a que durante ella el individuo permanece asintomático, lo que puede producir en él la creencia de que la enfermedad ha desaparecido y que no requiere ya de ningún tratamiento médico.

4.- La latencia es seguida por la etapa terciaria, la cual es sumamente debilitante. En esta etapa, la bacteria se ha diseminado por distintas partes del cuerpo, siendo los órganos más comúnmente afectados el cerebro y el forro de la espina dorsal, que se traduce en la afectación del sistema nervioso central, las vías sanguíneas, la piel, el hígado, los huesos, el corazón, los ojos y el bazo. Esta fase puede durar años o incluso décadas, pudiendo causar enfermedad mental, ceguera, enfermedad del corazón, parálisis, daño cerebral o muerte. Lo que claramente refleja el considerable deterioro en la calidad de vida del enfermo.

La sífilis normalmente se trata con penicilina, pero pueden usarse otros antibióticos para los pacientes alérgicos a la penicilina. En la etapa temprana de la sífilis algunas personas pueden tener fiebre leve, dolor de cabeza o hinchazón de las lesiones después de recibir tratamiento. Por lo general, esto no es serio. El médico tiene que seguir haciendo varios análisis de sangre al paciente por lo menos por un año después del tratamiento para asegurarse que el tratamiento está dando resultado.

2.4.2. ENFERMEDADES ONCOLÓGICAS. El cáncer es una enfermedad ocasionada por las células del organismo que pierden sus mecanismos normales de control y presentan un crecimiento desordenado. Estas células pueden desarrollarse a partir de cualquier tejido y órgano. A medida que las células cancerosas crecen y se multiplican, forman una masa de tejido que puede invadir órganos adyacentes a través de un proceso conocido como metástasis y propagarse así por todo cuerpo. Existe una gran diversidad de cánceres, dependiendo de los órganos o tejidos que se afecten, siendo entre los más comunes:

2.4.2.1. CÁNCER DE PULMÓN. Este cáncer es uno de los más frecuentes y la principal causa generadora es el tabaquismo. Más del 90% de los cánceres de pulmón empiezan en los bronquios, también existen otros tipos de cánceres pulmonares como: el carcinoma de células escamosas, el de células pequeñas, el de células grandes, el adenocarcinoma, entre otros.

Los síntomas dependen del tipo de tumor, localización y evolución del mismo, sin embargo, podemos mencionar algunos de los síntomas genéricos que se pueden presentar, como son: tos persistente que puede venir acompañada de flemas con líquido hemático, pérdida de apetito y peso, debilidad, falta de aire y presencia de agua en los pulmones.

Cuando el cáncer ha logrado una evolución considerable, los síntomas son muy variables dependiendo de la zona donde se encuentre el

tumor y el efecto de éste sobre los órganos adyacentes, pudiéndose presentar dolor en los huesos, coloración amarillenta en la piel y de los ojos llamada "ictericia", inflamaciones en las zonas ganglionares como cuello y axilas, mareos, debilidad o adormecimiento de algún miembro debido a una afectación neuronal.

2.4.2.2. CÁNCER DE MAMA. Este tipo de cáncer puede originarse tanto en las glándulas mamarias, conductos mamarios, tejido adiposo o conjuntivo. Cada tipo avanza de manera diferente, algunos crecen de forma lenta y otros son más agresivos.

El carcinoma ductal, comienza en las paredes de los conductos mamarios, generalmente se detecta como un bulto en el seno o con una mastografía. Cuando se detecta a tiempo, es posible extirparlo con cirugía.

El carcinoma lobular, se origina en las glándulas mamarias. Generalmente no es posible palparlo en la autoexploración y se detecta gracias a la realización de mastografías. En fases más avanzadas, el tumor suele estar adherido a la pared torácica o a la piel que lo recubre y no se desplaza.

Entre las manifestaciones de síntomas más comunes se encuentran entre otras:

Dolor o retracción del pezón, irritación o hendiduras de la piel, inflamación de una parte del seno, enrojecimiento o descamación de la piel o del pezón, secreción por el pezón, que no sea leche materna.

2.4.2.3. CÁNCER DE ESTÓMAGO O COLON.

Es la segunda causa de muerte por cáncer, seguida del cáncer de pulmón en el hombre y el cáncer de mama en la mujer. El cáncer de colon

rectal consiste en el crecimiento descontrolado de células anormales en esa parte del intestino.

Estas células pueden invadir y destruir el tejido que se encuentra a su alrededor. Si penetran en el torrente sanguíneo o linfático, pueden extenderse a cualquier parte del organismo y producir daños en otros órganos. A este proceso de expansión se le denomina metástasis.

El colon y el recto forman parte del sistema digestivo. El colon es la primera sección de intestino grueso. En él se siguen absorbiendo nutrientes y agua de los alimentos que han sido ingeridos, como ocurre en el intestino delgado, y sirve de contenedor para el material de desecho. Este material va avanzando hasta el recto, última parte del intestino grueso, hasta que es expulsado al exterior a través del ano.

El colon se divide en cuatro segmentos: ascendente, transverso, descendente y sigmoide. El recto se une al colon sigmoide. Tanto el colon como el recto están formados por varias capas de tejido. Según estén afectadas una u otra capa, así será el pronóstico del cáncer.

Se piensa que el cáncer de colon evoluciona lentamente antes de ser diagnosticado como tal. Antes de que se desarrolle un cáncer suelen aparecer lesiones en el intestino que se denominan displasias o pólipos adenomatosos.

Cuando se produce sintomatología, el cáncer colo-rectal suele estar avanzado y las posibilidades de supervivencia son muy escasas. Por este motivo, es fundamental un diagnóstico precoz basado principalmente en la pérdida de sangre en heces.

Los síntomas, como ya se ha mencionado variarán de acuerdo al avance de la enfermedad y de los órganos y tejidos que se encuentren afectados, sin embargo, los síntomas que con mayor frecuencia se manifiestan son los siguientes:

❖ **Diarrea o estreñimiento.** Se considera como norma que las diarreas son características de los casos de cáncer de colon ascendente. Mientras que el estreñimiento lo es de los localizados en descendente y sigmoide. La diarrea se produce por el proceso de irritación y el estreñimiento debido a que el tumor está estrechando la luz del intestino y no permite el paso de la materia fecal.

❖ **Sensación de tener que evacuar que no se alivia al hacerlo.**

❖ **Sangrado rectal o en los excrementos.**

❖ **Debilidad, cansancio y disminución del apetito:** estos síntomas se dan cuando el cáncer se encuentra ya muy avanzado.

❖ **Dolor cólico:** sensación de plenitud o molestia indefinida, a veces difusa y otras veces localizada. Cuando se produce un cuadro de obstrucción puede darse dolor debido al estrechamiento que se produce en el intestino. También el dolor se ocasiona debido a las infiltraciones perirectales de las estructuras nerviosas.

❖ **Ictericia:** que es una coloración amarillenta de la piel y los ojos debido a una afectación hepática.

2.4.2.4. CÁNCER DE LA SANGRE O LEUCEMIA.

La leucemia es un tipo de cáncer que afecta a los glóbulos blancos de la sangre.

Las causas de la mayoría de los tipos de leucemia se desconocen aunque se ha encontrado cierta relación con virus, exposición a radiaciones y benceno, e irónicamente con algunos tratamientos para el cáncer y ciertos trastornos genéticos.

Los glóbulos blancos se forman a partir de las células madre en la médula ósea. La leucemia se presenta cuando el proceso de maduración de la célula madre a glóbulo blanco se distorsiona y produce un cambio canceroso ocasionando que estas células se reproduzcan sin control y ocupen toda la médula ósea reemplazando a las células que producen las células sanguíneas normales. Estas células cancerosas también pueden invadir otros órganos, como el hígado, el bazo, los ganglios linfáticos, los riñones y el cerebro.

Los síntomas suelen darse en pocas semanas y entre los más frecuentes se encuentran:

- ⊕ La anemia que produce palidez, cansancio, insuficiencia respiratoria y taquicardia, pérdida de apetito y de peso.

- ⊕ En la leucemia linfocítica aguda o en la mieloide aguda los glóbulos blancos estarán aumentados en número, la mayoría de éstos serán blastos, es decir, un tipo de célula que se encuentra normalmente en la médula ósea y no en sangre periférica, y que es inmadura. Estas células inmaduras no funcionan normalmente y no cumplen las funciones de defensa del organismo.

- ⊕ Infecciones que se manifiestan con fiebre y se producen debido a la inmunodeficiencia, el no poseer suficientes glóbulos blancos normales (leucopenia) o granulocitos en particular (neutropenia o granulocitopenia). Es decir, por no tener suficiente número de glóbulos blancos maduros.

- ⊕ En algunas ocasiones, las sustancias liberadas por los blastos (o glóbulos blancos inmaduros), sustancias químicas o enzimas, pueden producir alteraciones metabólicas, como hipotasemia, hipocalcemia o hipercalcemia.

Cuando las células leucémicas se propagan a otros órganos se pueden producir los siguientes síntomas:

■ Los síntomas de la leucemia del sistema nervioso central incluyen dolor de cabeza, debilidad, vómitos, convulsiones, visión borrosa y pérdida de equilibrio.

■ Cuando el hígado o el bazo están afectados se suelen inflamar. Esta inflamación la detectará el médico con una exploración física.

■ Los ganglios linfáticos afectados también suelen inflamarse y esto puede notarlo el propio paciente cuando son los más superficiales, como los de las axilas, cuello, etc. Los que estén más profundos, se visualizarán a través de alguna prueba diagnóstica.

■ El timo suele verse afectado en la leucemia linfocítica aguda de células T. Cuando ocurre, se inflama y produce tos e insuficiencia respiratoria. Cuando las células leucémicas crecen en esta zona, pueden afectar a la vena cava superior y comprimirla. Esto provocará una inflamación de la cabeza y de los brazos. Este síndrome puede afectar al cerebro y comprometer la vida.

Generalmente la leucemia se diagnostica por análisis de sangre que cuantifican el número de células sanguíneas (biometría hemática). Los glóbulos blancos pueden estar disminuidos, normales o aumentados, pero los glóbulos rojos y plaquetas casi siempre se encuentran en valores menores a los normales.

Lo más importante, es examinar al microscopio muestras de sangre donde se observan glóbulos blancos muy inmaduros llamados blastos que normalmente no se advierten en la sangre. Para confirmar el diagnóstico y determinar el tipo de leucemia, casi siempre es necesaria una biopsia de médula ósea.

2.4.2.5. CÁNCER DE PRÓSTATA.

Se trata de un tumor maligno que se desarrolla en la glándula prostática. Consiste en un crecimiento descontrolado de las células

prostáticas. Esto hace, entre otras cosas, que la próstata, por su situación, presione sobre la vejiga y la uretra impidiendo la salida normal de la orina.

La mayoría de los tumores cancerosos prostáticos crecen muy lentamente, aunque algunos lo hacen de forma rápida, incluso pueden propagarse.

Existen vasos linfáticos que rodean la próstata y que desembocan en los ganglios linfáticos pélvicos.

Cuando aparece un cáncer en la próstata, existe la posibilidad de que las células cancerosas se diseminen a través de los vasos linfáticos y que afecten a los ganglios y de ahí a cualquier zona del cuerpo.

En las primeras etapas del cáncer de próstata no suelen darse muchos síntomas, pero posteriormente tienen cabida algunos, de los cuales los más frecuentes son: necesidad de orinar frecuentemente y, sobre todo, por la noche, dificultad para comenzar la micción o detenerla, incapacidad para orinar, interrupción del flujo de orina o débil, micción dolorosa o sensación de quemazón, dificultad para tener una erección, eyaculación dolorosa, sangre en orina o semen, dolor frecuente o sensación de tensión en la parte inferior del abdomen, en caderas o en la parte superior de los muslos.

En la actualidad, el mejor método de diagnóstico consiste en hacer un examen rectal con el dedo y un análisis de sangre una vez al año; si la persona tiene cáncer, es posible palpar un bulto en la zona.

2.4.2.6. CÁNCER CERVICO UTERINO. Este tipo de cáncer obedece a un cambio en las células que cubren las paredes del cuello uterino. Estas células son inicialmente normales y gradualmente se convierten en precancerosas, manifestándose como lesiones en la pared del útero.

El factor de riesgo más común del cáncer cervicouterino es la exposición a ciertas variedades del Papillomavirus Humano, que no es más que una infección de transmisión sexual que en la mayoría de los casos es asintomática.

El cáncer cérvico-uterino es el más común en el aparato reproductor femenino. El cáncer de útero se desarrolla generalmente después de la menopausia en mujeres que cuentan entre 50 y 60 años; el cáncer del cérvix se presenta generalmente en mujeres entre 35 y 55 años.

El síntoma inicial más frecuente son hemorragias que se presentan después de la menopausia o hemorragias irregulares y abundantes en mujeres que todavía están menstruando. También es posible que no se presente ningún síntoma hasta que la enfermedad se encuentre en etapas avanzadas, por eso es importante la realización periódica de la prueba de papanicolaou.

El cáncer cervicouterino es uno de los tipos de cáncer más fáciles de detectar y prevenir debido a que su desarrollo es gradual. Por lo tanto, el examen periódico lo puede detectar antes de que se propague.

2.4.3. ENFERMEDADES CRÓNICO-DEGENERATIVAS.

2.4.3.1. DIABETES MELLITUS. Es una enfermedad metabólica cuyo problema básico consiste en la incapacidad del cuerpo para sacar la glucosa de la circulación sanguínea. Y esto es especialmente perceptible después de las comidas.

En la diabetes tipo I el problema reside en el páncreas que no es capaz de producir insulina, lo que obliga al paciente a tener que inyectarse insulina de forma regular cada día.

En el caso de la diabetes tipo II, el problema no reside necesariamente en una ausencia de insulina, ya que durante los primeros años de la enfermedad el páncreas produce incluso más insulina de lo habitual, sino más bien reside principalmente a nivel del músculo, lugar al que va a parar la mayor parte de la glucosa que se extrae de la sangre. Por lo tanto, en este tipo de diabetes el músculo parece ser resistente a la insulina, y puesto que la glucosa no puede entrar al músculo tan fácilmente, su concentración en sangre aumenta por encima de los niveles normales; esto estimula el páncreas, que produce más insulina pero con resultados poco satisfactorios.

La diabetes mellitus puede reducir tanto la calidad como la esperanza de vida de las personas porque va asociada a un mayor riesgo de enfermedad coronaria, hipertensión arterial, accidente cerebral vascular, claudicación intermitente y enfermedad microvascular, que es causa de retinopatía, nefropatía, diversas neuropatías, ceguera y un mayor riesgo de infección.

2.4.3.2. CIRROSIS HEPÁTICA.

La cirrosis es una enfermedad crónica, difusa e irreversible del hígado, caracterizada por la presencia de necrosis, fibrosis y nódulos de regeneración (las tres han de estar presentes), que conducen a una alteración de la arquitectura o construcción vascular y de la función del hígado representando el estadio final común de muchas enfermedades hepáticas; ya que independientemente de la naturaleza inicial del daño hepático, los mecanismos celulares que conducen a la fibrosis y cirrosis hepática son comunes.

La célula estrellada o perisinusoidal ha sido la implicada en el inicio y mantenimiento de los cambios fibróticos que llevan en último término a la cirrosis.

CAPÍTULO TERCERO.

TÉRMINOS MÉDICOS RELACIONADOS CON LA MUERTE Y SU PROCESO.

3.1 EUTANASIA

3.2 ORTOSTANASIA

3.3 DISTANASIA

3.4 FASES DEL PROCESO HACIA LA MUERTE

3.4.1 FASE REVERSIBLE

3.4.1.1 La Agonía y sus Signos Clínicos

3.4.1.2 Ensañamiento Terapéutico

3.4.1.3 Muerte Clínica o Relativa

3.4.2 FASE IRREVERSIBLE

3.4.2.1 Muerte Biológica o Real

CAPÍTULO TERCERO.

TÉRMINOS MÉDICOS RELACIONADOS CON LA MUERTE Y SU PROCESO.

Los avances sociales, económicos, científicos y tecnológicos han fomentado en la actualidad una visión distinta de la muerte. El hombre contemporáneo está inmerso en una sociedad tan cambiante, por lo que la muerte ocupa un lugar en el que no hay tiempo para pensarla; o mejor dicho no se quiere pensar en ella por el temor y desconcierto que esta produce. Hoy en día nuestra sociedad no se encuentra preparada para enfrentarse a su propia muerte.

Como referimos en líneas anteriores, la muerte se convierte en un fenómeno tan complejo si atendemos a los diversos momentos y formas en que se puede presentar, por ello, la ciencia médica ha utilizado diversos términos para clasificarla en atención a las variables ya señaladas.

En el presente capítulo haremos referencia a algunos términos utilizados en el ámbito médico de acuerdo a la forma en que se presenta la muerte, y, que en virtud de la naturaleza y objetivo de nuestra investigación, resulta necesario mencionarlos, siendo estos términos: Eutanasia, Ortotanasia y finalmente la Distanasia.

3.1. EUTANASIA. Es un término compuesto por dos vocablos griegos, “eu” y “thanatos” cuya etimología se traduce en “bueno” y “muerte”, respectivamente. Por lo tanto eutanasia, significa etimológicamente “buena muerte”.

Xavier Hurtado Oliver define a la eutanasia como “el acto intencional de poner fin a la vida de una persona que padece de

sufrimientos incontrolables, a su requerimiento, de quien la representa o por decisión del médico que la atiende”.⁴¹

Luna Maldonado y Carrillo de Albornoz entienden a la eutanasia “como aquella conducta o comportamiento tendiente al cese o mitigación de los sufrimientos de otra persona, cuando tal conducta o comportamiento implica necesariamente la producción directa de la muerte o el aceleramiento de su producción”.⁴²

El maestro Díaz Aranda, advierte que en la actualidad la eutanasia “se debe referir única y exclusivamente a la muerte provocada de una persona que lo solicita debido a los grandes sufrimientos que le genera su enfermedad terminal o su grave minusvalía”.⁴³

Por su parte, el jurista Bonifacio Padilla González, asevera que la eutanasia debe ser considerada como un homicidio otorgándole de esta manera el calificativo de delito, al referir que: “Es la acción o la omisión de actos debidos por parte de un tercero que provoca artificialmente la muerte de una persona, por aparentes motivos de piedad; es un <homicidio ejecutado por razones de piedad>”.⁴⁴

Para nosotros, eutanasia constituye simplemente el derecho a una muerte digna la que puede ser alcanzable cuando con la muerte se extinguen, de manera legítima los sufrimientos de una persona que padece alguna enfermedad que ha desembocado a una fase terminal, que le impida valerse por sí misma, muerte que puede ser producida a través de una conducta activa u omisiva emanada de un tercero que ha de ser

⁴¹ HURTADO OLIVER, Xavier. El derecho a la vida ¿y a la muerte?, Porrúa, México, 1999. Pág. 129.

⁴² LUNA MALDONADO, A. y OSUNA CARRILLO de ALBORNOZ E. La muerte como fenómeno social. Eutanasia y Distanasia. Revista Mexicana de Justicia. Nueva época, número 10, 2000, México. Pág. 283.

⁴³ DÍAZ ARANDA, Enrique. Eutanasia ¿Derecho a morir con dignidad?. Revista de la Facultad de Derecho de México. Tomo XLIV, número 193-194, enero-abril, 1994. México. Págs. 17-18.

⁴⁴ PADILLA GONZALEZ, Bonifacio. Eutanasia. Revista de Investigaciones Jurídicas. Año 2w1, número 21, 1997, México. Pág.539.

necesariamente impulsado por móviles de compasión o piedad, y a la que puede o no preceder el consentimiento de la persona que sufre dichos padecimientos.

De la anterior apreciación, derivan infinidad de clasificaciones que la doctrina a lo largo del tiempo ha realizado en torno a la Eutanasia, sin embargo, para no entrar en detalles respecto de todas y cada una de las clasificaciones existentes de esta figura extintiva de la vida, nos enfocaremos a estudiar dos de los grandes grupos de los cuales derivan las demás formas de eutanasia.

◆ **Eutanasia Pasiva.** Consiste en privar al paciente, de manera conciente de los medios excepcionales para prolongar la vida de forma artificial o bien, una vez iniciada la aplicación de estos medios extraordinarios o excepcionales se suspende su aplicación o se desconectan.

◆ **Eutanasia Activa.** Se caracteriza por la supresión de la vida del paciente con actos ejecutados directamente ejecutados por un tercero sobre el paciente en el transcurso de la enfermedad en fase terminal o en el periodo agónico o preagónico por razones de piedad. Esta clasificación admite a su vez, una subclasificación atendiendo a la intención con las que se aplican los medios de los que se vale el tercero para provocar la muerte de la persona a quien se pretende aplicar Eutanasia, siendo esta:

Ⓞ **Eutanasia Activa Indirecta.** Consiste en la aplicación de técnicas o la administración de medicamentos a una persona con una enfermedad incurable y dolorosa, con el fin primordial de paliar sus padecimientos, y que conlleva como efecto secundario un acortamiento de su vida. Es tipo de Eutanasia es también conocida como lenitiva, y es moralmente permisible.

Ⓞ **Eutanasia Activa Directa.** Se caracteriza por la intención de ayudar al enfermo a poner fin a sus dolores de forma inmediata y sin sufrimiento, o en otras palabras, es toda acción, conducente a la

eliminación de la vida del enfermo. Aquí estaríamos ante la presencia de la eutanasia en estricto sentido.

3.2. ORTOTANASIA. Con esta palabra de raíces griegas «orthos», que significa recto, y «thánatos», que significa muerte, se ha querido designar la actuación correcta ante la muerte por parte de quienes atienden al enfermo que sufre una enfermedad incurable en fase terminal.

Consiste en una actitud de carácter omisivo, toda vez que en ella se dejan de utilizar los medios que de acuerdo a la pericia médica resultan desproporcionados o extraordinarios, permitiendo de esta manera que la muerte siga un proceso natural, lo que se traduce en la no prolongación de la agonía y retardo de la muerte del paciente, respetando de esta manera la *historia natural de la enfermedad*.

La mayoría de la doctrina, principalmente la desarrollada por los países europeos, se inclina a favor de la Ortotanasia, ya que de acuerdo a la ideología de esta sociedad, se debe salvaguardar la vida de todo ser humano, sin embargo, cuando esta salvaguarda constituye un deterioro o detrimento en la dignidad y en la calidad de vida de la persona se debe respetar el curso normal de la muerte que ya es inminente y no prolongarla con medios de soporte artificial que sólo alargan la agonía y muerte del enfermo, lo que equivale a incurrir en el ensañamiento terapéutico y las prácticas distanálicas, como a continuación veremos.

3.3. DISTANASIA. La distanasia o ensañamiento terapéutico es etimológicamente lo contrario de la eutanasia, y esencialmente contrario a la Ortotanasia y consiste en retrasar en todo lo posible el advenimiento de la muerte, por todos los medios, sean estos proporcionados o extraordinarios, aunque no haya esperanza alguna de curación y aunque eso signifique infligir al moribundo unos sufrimientos añadidos a los que ya padece, y que, obviamente, no lograrán esquivar la muerte inevitable,

sino sólo aplazarla unas horas, unos días, unas semanas, o unos meses, en condiciones lamentables para el enfermo.

Este término fue propuesto por Morache, en 1904, en su libro “Nacer y morir”, publicado en París por la editora Alcan y es otorgado como ya hemos mencionado a todos aquellos actos terapéuticos tendientes a mantener las funciones vitales de un enfermo agonizante, sin esperanza alguna de recuperación; también es conocida como encarnizamiento o ensañamiento terapéutico. Éticamente la distanasia es una práctica que se encuentra rechazada por diversos ordenamientos de carácter ético, como lo es el caso del Código Deontológico Español, del cual se hablará en líneas posteriores.

3.4. FASES DEL PROCESO HACIA LA MUERTE. El proceso del morir se puede sintetizar en dos etapas por lo que se refiere a los casos de enfermos terminales, estas etapas se desarrollarán en atención a los avances y recursos de índole material, humana y económica con que se cuente en el ámbito médico. Estas etapas se denominan **fase reversible y fase irreversible** respectivamente.

3.4.1. FASE REVERSIBLE. En esta etapa hacen acto de presencia todos aquellos fenómenos que producen lo que ya conocemos como muerte relativa, es decir, se presentan los signos característicos de la muerte, sin embargo, estos signos son sólo aparentes y deberán ser descartados y contrarrestados a través del empleo de instrumentos técnicos que ayudarán al paciente a recuperar el funcionamiento de sus funciones vitales, aunque ello no significa de ninguna manera que exista un estado de recuperación íntegro, sino simplemente la reanimación de las funciones vitales del paciente. Es precisamente en esta etapa donde se presentan los cuadros agónicos y en muchos casos, cuando la ética médica es mal interpretada por sus profesionales se incurre en lo que en el ámbito médico se conoce como ensañamiento o encarnizamiento terapéutico, acto moral y éticamente rechazable al que ya le hemos dedicado algunas líneas. Para

mayor abundamiento respecto de la agonía y el ensañamiento terapéutico, a continuación se procederá a su estudio.

3.4.1.1. LA AGONÍA Y SUS SIGNOS CLÍNICOS.

CONCEPTO DE AGONÍA. Es el estado que precede inmediatamente a la muerte; etimológicamente la palabra significa “lucha, combate” y mediante este término los antiguos griegos designaban el periodo premortal, de acuerdo con su teoría de la existencia de un principio vital que en cada ser viviente mantendría una lucha decisiva en los instantes supremos de la muerte contra el principio opuesto de la muerte.

La agonía se caracteriza habitualmente por un largo deterioro general, marcado por episodios de complicaciones y efectos secundarios de la enfermedad. En la mayoría de los casos de enfermedades terminales, durante el mes anterior a la muerte disminuyen de forma sustancial la energía, la actividad, el bienestar del paciente y consecuentemente su calidad de vida.

Existen elementos o síntomas que ayudan a diagnosticar la presencia del estado agónico y son los que a continuación se señalan:

- ▶ Deterioro evidente del estado físico.
- ▶ A nivel cognoscitivo se presenta una disminución del nivel de conciencia, desorientación y trastornos en la comunicación.
- ▶ Dificultad o incapacidad para la ingesta de alimentos.
- ▶ Síntomas neuropsicológicos: angustia, ansiedad, agitación, crisis de miedo, pánico, delirio.
- ▶ Incontinencia urinaria y / o fecal.
- ▶ Respiración húmeda y ruidosa: estertores.
- ▶ Espasmos musculares: mioclonias.
- ▶ Fiebre.

Desde la perspectiva médico-pericial se puede medir y comprobar la existencia del periodo agónico pre mortem a través de docimasias o pruebas hepáticas o suprarrenales.

Las pruebas hepáticas se basan en la presencia, normalmente en el hígado, de depósitos de glucógeno y glucosa. Durante el estrés, la adrenalina circulante remueve los depósitos de glucógeno hepático produciendo su depleción. Si sobreviene la muerte no hay posibilidad de recuperar esos depósitos. Se toman muestras de hígado y se ponen en alcohol absoluto y posteriormente se estudia histológicamente el preparado en busca del glucógeno intracelular hepático puesto de manifiesto por tinción. Si no existe, se puede inferir la existencia de un periodo agónico previo a la muerte.

Las pruebas suprarrenales se basan en la existencia de adrenalina en estas glándulas. El estrés agónico produce depleción de dicha hormona.

Estas pruebas son de carácter meramente presuntivo, pero, sumadas a otros indicios permiten confirmar la existencia o inexistencia de periodos agónicos en la víctima.

3.4.1.2. ENSAÑAMIENTO TERAPÉUTICO. Se ha denominado de igual manera "encarnizamiento terapéutico", y se refiere a la obstinación de prolongación de la existencia sin sentido o razón de ser, ya sea por la proximidad y fatalidad de la muerte; por la inexistente relación equilibrada entre el esfuerzo terapéutico y los costos a pagar por intentar conservar la vida; pero lo más importante, por los sufrimientos del paciente, por un lado, y por el otro, y las escasas o nulas posibilidades de éxito en lo que hace a su recuperación.

Obviamente, al hacer referencia a éste término pareciera que su aplicación alude a la idea de "prolongación de la vida", sin embargo, esto es un concepto equívoco, ya que en las condiciones en que generalmente se ha perdido la calidad de vida, la conciencia, y la autodeterminación ya no

se puede hablar intrínsecamente de vida, sino más bien, de una existencia vegetativa soportada por instrumentos mecánicos.

Ahora bien, debemos entender por calidad de vida las cualidades y criterios que permiten valorar o apreciar diferentes aspectos de una vida en concreto, y en lo referente a los aspectos clínicos y asistenciales, a la necesidad de valorar, validar y apreciar determinados procesos vitales inherentes al binomio salud-enfermedad.

Los problemas se originan por los cambios en el estilo de vida, por la poca o en muchas ocasiones nula interacción con otras personas, por la pérdida de los papeles individuales y sociales, por las dificultades para ejercer la autonomía y libertad, que hacen a una persona capaz de realizar actos con plena conciencia y uso de dominio, facilitando de esta manera conductas inhibitorias, de dependencia e indefensión que muchas veces se traducen, dependiendo del perfil de cada individuo en una situación verdaderamente indignante al sentir que su autonomía y dominio sobre sus actos se va deteriorando.

El tiempo de vida en los estadios terminales e irreversibles, no debería ser el factor prioritario para el personal sanitario, sino más bien, debiera ser el tipo de vida que deberá estar acompañado del mayor confort posible para el paciente, dado el caso en que este decidiera continuar con los tratamientos que ya le hayan sido suministrados, o bien respetar su voluntad, cuando ha decidido que no se le intervenga de manera alguna dejándolo morir de manera natural.

Resulta una verdadera contradicción que por un lado, nuestra sociedad, consienta la abstención del suministro de tratamientos en pacientes que no albergan alguna esperanza razonable de recuperación, y, por otro lado, condena el acto de retirar al paciente los medios artificiales de supervivencia, o bien interrumpir los tratamientos a que se encuentre sometido el mismo, argumentando que con ello se comete el delito de homicidio, en otras palabras, nuestra sociedad tácitamente se pronuncia a favor de una eutanasia de naturaleza pasiva, ¿Entonces por qué no aceptar

la voluntad legítima de una persona que ha decidido no sufrir extraordinariamente ante la fase terminal de una enfermedad que le impide tener una calidad de vida considerable, aunque para ello secundariamente se le tenga que auxiliar en su propio proceso de muerte?

Consideramos, como ya ha quedado asentado en líneas anteriores, que la calidad de vida o calidad de muerte de los pacientes debe ser evaluada por ellos mismos, no por el personal sanitario o la familia de ellos, en virtud de ser un concepto valuado con unidades de medición de naturaleza eminentemente subjetiva. Así pues, la calidad y dignidad de vida del enfermo durante el proceso de muerte se debe fundamentar en el dialogo y en una información adecuada y oportuna por parte de los profesionales de la salud o en su defecto de la familia misma, según sea el caso.

Nos unimos al criterio que establece el maestro Salvador Urraca Martínez cuando se refiere a la calidad y dignidad del proceso del morir del paciente señalando que: “la calidad de vida y la dignidad en el morir vienen definidas por los criterios del paciente, en primer lugar, y por los aspectos profesionales de la actividad sanitaria. Cada enfermo tiene su propio criterio o su modelo de muerte, que el facultativo debe respetar al máximo, especialmente cuando la calidad de vida está por debajo de los mínimos exigidos; cada enfermo es un caso particular y su situación debe analizarse en función de factores específicos”.⁴⁵

Por todo lo anterior, podemos decir que, el término calidad de vida es de naturaleza eminentemente subjetiva por lo que la calificativa de dignidad o indignidad de la misma variará dependiendo el perfil y la satisfacción de las necesidades propias de cada persona, por ello, en algunos países desarrollados, la ciencia médica, ha tomado en consideración estos aspectos y ha tratado de restarle subjetividad al concepto de “calidad de vida”, empleando para ello una serie de métodos que permiten “medir” los estados funcionales del paciente y comprobar de

⁴⁵ URRACA MARTÍNEZ, Salvador. *Eutanasia hoy. Un debate abierto*. Editorial Noesis, Madrid, 1995. Pág. 177

manera objetiva su estado de calidad de vida. A continuación se mencionan los sistemas que han tenido mayor reconocimiento de acuerdo a su efectividad.

◆ Entre los pioneros en la medición de los estados funcionales se encuentran:

⊗ Karnofsky quien introdujo en 1948 una escala (ver tabla 1) que medía el estado de funcionalidad física de una persona.

⊗ Sydney Katz en 1963 elaboró un índice que medía la independencia en las actividades de la vida diaria, también conocida como Activities of Daily Living Scate.

◆ En la era contemporánea, en el campo de la medida del estado de salud se puede mencionar a:

⊗ Marilyn Bergner, quien publicó en 1975 el llamado Sickness Impact Profile, que ha tenido revisiones y mejoras.

⊗ Kaplan, Bush y Berry presentaron en 1976 un índice de Bienestar (Index of Well-Being).

⊗ Ware, propuso en 1979 la Rand General Health Perceptions Scale.

◆ Desde 1981 se ha desarrollado una profusión de índices y escalas para medir la calidad de vida.

⊗ Spitzer y colaboradores en 1981 desarrollaron su Concise Quality of Life-Index.

⊗ Schipper et al. en 1984, el Functional Living Index Cancer.

© Aaronson y otros, en 1988, su Quality of Life Questionnaire. »⁴⁶

Gráficamente, la escala de Karnofsky se puede interpretar de la siguiente manera:

KARNOFSKY PERFORMANCE SCALE.

INTERPRETACIÓN DE LA ESCALA DE KARNOFSKY.

%	Description
100	Normal; no complaints; no evidence of disease
90	Able to carry out normal activity; minor signs or symptoms of disease
80	Normal activity with effort; some signs or symptoms of disease
70	Cares for self; unable to carry on normal activity or do active work
60	Requires occasional assistance, but is able to care for most of his/her needs
50	Requires considerable assistance and frequent medical care
40	Disabled; requires special care and assistance
30	Severely disabled; hospitalization is indicated although death not imminent
20	Very sick; hospitalization necessary, active supportive treatment necessary
10	Moribund; fatal processes progressing rapidly
0	Dead

%	Descripción
100	Normal; sin complicaciones; sin evidencia de enfermedad
90	Capaz de llevar una actividad normal; signos o síntomas de enfermedad mínimos
80	Actividad normal esforzada; con algunos signos o síntomas de enfermedad
70	Autocuidado; incapaz de llevar una actividad normal o hacer una actividad de trabajo
60	Requiere ocasionalmente de asistencia, pero es capaz de cuidar la mayoría de sus necesidades
50	Requiere considerablemente de asistencia y cuidado médico frecuente
40	Inválido; requiere de cuidado especial y asistencia
30	Severamente inválido; se recomienda hospitalización aunque la muerte no es inminente
20	Muy enfermo; requiere hospitalización y tratamientos de soporte activo (vital)
10	Moribundo; el proceso fatal avanza rápidamente
0	Muerte

Nos resulta necesario por cuestiones prácticas, simplificar todas las anteriores escalas que nos permiten medir de manera un poco objetiva la calidad de vida, en pacientes con alguna enfermedad en fase terminal, esta

⁴⁶ Cfr. URRACA MARTÍNEZ, Salvador. Op. Cit. Pág. 363.

simplificación la han aportado los autores Jonsen y Siegler, con sus correspondientes características, siendo la siguiente:

“ a) *Calidad de vida disminuida*: Situaciones de déficit físico o mental, que todavía permiten una vida propiamente humana. Naturalmente esta categoría no plantea problemas de eutanasia.

b) *Calidad de vida mínima*: Situaciones irreversibles de sufrimiento intolerable para el sujeto, de frustración definitiva de las expectativas más vitales, de importante restricción del nivel de conciencia o de la capacidad de comunicación.

c) *Calidad de vida bajo mínimos*: Situaciones de ausencia irreversible de una mínima capacidad de conciencia y de relación con otros seres humanos. Los estados vegetativos permanentes constituyen el paradigma de estas situaciones. En esta categoría, los problemas de eutanasia en realidad son mínimos. En ella la calidad de vida, o, por mejor decir: la ausencia completa de calidad de vida, justifica plenamente las decisiones de abstención terapéutica”.⁴⁷

De esta manera, los peritos médicos cuentan con elementos que les auxiliarán significativamente en la metría de la calidad de vida de un enfermo en fase terminal, con lo que se evita significativamente dejarla en su libre albedrío, acto que podría estar viciado por actitudes caprichosas del enfermo.

Es verdad que cuando un paciente se pone en manos de un médico o de una institución hospitalaria existe un contrato implícito de que éste hará todo lo posible para salvar la vida del enfermo, sin embargo, hay que hacer hincapié en que no siempre el médico debe hacer todo lo posible terapéuticamente hablando, para prolongar la vida del paciente, toda vez de que existen situaciones en las que no sólo es aceptable que el médico renuncie a determinadas terapias, sino que podría ser éticamente

⁴⁷ URRACA MARTÍNEZ, Salvador. Op. Cit. Pág. 364-365.

inaceptable el hecho de que el médico se empeñase, a cualquier precio, en prolongar la existencia meramente biológica del enfermo, debiendo entender que la medicina y por consiguiente el personal sanitario tienen sus limitaciones como toda ciencia y profesión, de lo contrario existe el riesgo latente de incurrir en actos distanásicos en perjuicio del paciente.

El enfermo terminal al ser sometido a técnicas de reanimación y medios distanásicos en las unidades de cuidados intensivos, en múltiples ocasiones es objeto de prácticas inhumanas, entendiéndose por estas y según el Tribunal Europeo de Derechos Humanos como los sufrimientos físicos y morales que entrañan perturbaciones psíquicas agudas.

Hoy en día, la prioridad en el control del dolor y la enfermedad impide a los profesionales de la salud, dedicar la atención psicológica, social y por que no decirlo espiritual del paciente circunstancia que empeorará cuando se trate de las situaciones límite de la vida.

La práctica del *encarnizamiento terapéutico*, se encuentra prohibido por el numeral 28 del Código Deontológico Médico de España, que establece: "En caso de enfermedad incurable y terminal el médico debe limitarse a aliviar el dolor físico y moral del paciente, manteniendo en todo lo posible la calidad de vida que se agota y evitando emprender o continuar acciones terapéuticas inútiles u obstinadas".⁴⁸

El intento por tratar de domesticar el morir puede convertir a la agonía y a la existencia humanas en situaciones crueles, desproporcionadas, injustas e inútiles, cuyo perjuicio alcanza tanto al paciente como a su familia. Hoy por hoy, el objetivo del médico no sólo ha de atender a un proceso de curación, sino también, cuando esto no sea posible, ha de llevar a cabo otros fines, sustentados no en la cantidad de vida, sino más bien en calidad de la misma, en otras palabras cuando exista una expectativa de vida hay que luchar por ella, pero cuando esta se agote o sea nula, debemos aceptar y entender que el hecho de prolongar la

⁴⁸ DÍAZ ARANDA, Enrique. *Eutanasia: ¿Derecho a morir con dignidad?* Revista de la Facultad de Derecho de México. Tomo XLIV, enero-abril de 1994, núm. 193-194. Pág. 20.

existencia de la persona desmesuradamente, sólo atentaría contra su derecho de autodeterminación. Nuestra cultura no puede imponer la vida a cualquier precio ni caer en la máxima del existir por el existir, y la medicina ha de aceptar tanto las limitaciones que le son propias, como las que le impone la tecnología y el organismo humano.

Bajo este contexto, observamos que el morir, en múltiples ocasiones, entraña los más severos dolores, sufrimientos crueles, agonías trágicas y la violación a los derechos más elementales de cualquier persona, por ello, debemos tener respeto hacia la persona moribunda y más aún a su autonomía, no dejando ignorados los deseos que esta tiene sobre la forma y momento de su muerte.

Desde una perspectiva muy personal, el médico tiene el deber de intentar las acciones pertinentes para alcanzar la mejoría de su paciente, siempre y cuando esto sea posible, de lo contrario, no deberá continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza, inútiles u obstinadas, de igual manera, deberá tener en cuenta y en todo momento la voluntad explícita del paciente a rechazar tratamientos que sólo prolongarán su agonía innecesariamente y de esta manera morir con dignidad, lo que se traduce simplemente en el respeto a la autonomía y voluntad del paciente, de la que hablaremos más adelante.

3.4.1.3. MUERTE CLÍNICA O RELATIVA. Esta denominación atiende principalmente a la ausencia de constantes vitales apreciables en el individuo como son: la respiración y el pulso, por lo que es equivalente a un paro cardíaco y potencialmente reversible.

La definición de una muerte clínica se sustenta básicamente en cuatro criterios:

◆ Falta de receptividad y de respuesta: ignorancia total frente a los estímulos aplicados externamente y falta completa de respuesta incluso a los estímulos más intensamente dolorosos.

◆ Movimientos o respiración: no existe presencia de movimientos musculares espontáneos o respuestas a cualquier estímulo (dolor, luz, sonido) o respiración espontánea, ambos deben ser observados durante un periodo no menor de media hora. Después de que el paciente esté en un respirador mecánico, la ausencia total de respiración espontánea se comprueba desconectando el respirador tres minutos y observando si hay cualquier esfuerzo para respirar espontáneamente.

◆ Ausencia de reflejos: pupilas fijas y dilatadas que no responden a la luz intensa; no hay movimientos oculares, no hay parpadeo; no hay evidencia de actividad postular; reflejos corneales y faringeos ausentes; no se traga, no hay ninguna clase de reflejos motores (bíceps, tríceps, músculos pronadores, cuadríceps y gemelos); todo lo que precede es indicativo de coma irreversible.

◆ Electroencefalograma plano: registrado durante diez minutos por lo menos, esta prueba final es solamente confirmativa y no diagnóstica.

Si los procedimientos descritos no revelan ninguna actividad el paciente puede ser declarado muerto sustentándose en un daño cerebral irreversible.

3.4.2. FASE IRREVERSIBLE. Este término resulta bastante obvio, sin embargo, es necesario hacer referencia a él, en virtud de que es aquí cuando se comienzan a tomar en consideración los diversos criterios de la pericia médica para llegar al diagnóstico clínico de la muerte, siendo hasta ahora el criterio del cese irreversible de las funciones cerebrales el que más fuerza ha tomado. Es en esta fase cuando se presenta finalmente la llamada muerte real o biológica de la cual trataremos a continuación.

3.4.2.1. MUERTE BIOLÓGICA O REAL. Como ha quedado ya establecido en el capítulo primero de esta investigación y de acuerdo a la opinión del maestro Quiroz Cuarón, la muerte real tendrá lugar cuando se

presente una abolición total, definitiva, irreversible y permanente de las funciones cardíacas, respiratorias y cerebrales. En ella tiene gran injerencia la determinación de la muerte cerebral, ya que el criterio imperante en la actualidad para determinar el diagnóstico clínico de la muerte lo es el cese total e irreversible de las funciones cerebrales, comprobable por el electroencefalograma isoelectrico plano.

El cese de las funciones vitales no es completo desde el momento en que se establece la muerte real, dado el caso de que el organismo en su conjunto no muere simultáneamente con las células que lo componen, por ello resulta imperante el criterio relativo al cese de las funciones cerebrales para diagnosticar clínicamente la muerte de una persona.

CAPÍTULO CUARTO

LOS ENFERMOS EN FASE TERMINAL Y EL DERECHO DE AUTODETERMINACIÓN SOBRE EL FINAL DE SU EXISTENCIA.

4.1 CONCEPTO DE PACIENTE O ENFERMO EN ESTADO TERMINAL

4.2 DERECHOS DE LOS ENFERMOS EN FASE TERMINAL

4.3 LA AUTONOMÍA DE LA VOLUNTAD

4.3 CRITERIOS QUE JUSTIFICAN LA AUTONOMÍA DE LA VOLUNTAD

4.4 QUÉ SE DEBE ENTENDER POR MUERTE VOLUNTARIA

CAPÍTULO CUARTO.

LOS ENFERMOS TERMINALES Y EL DERECHO DE AUTODETERMINACIÓN SOBRE EL FINAL DE SU EXISTENCIA.

El capítulo en estudio comienza a introducirnos finalmente hacia la parte medular de nuestra investigación, en él se analiza el concepto de enfermo en estado terminal, lo que resulta necesario para definir correctamente los alcances y límites de la presente propuesta para el caso de ser adoptada por nuestro cuerpo legislativo. Una vez identificado el punto de aplicación de esta propuesta, se procederá a realizar un análisis de los derechos inherentes a los pacientes en fase terminal, los que si bien es cierto se presumen tácitamente, no menos cierto resulta que los mismos no se encuentran explícitamente contemplados en las leyes correspondientes.

De igual manera se tratará el tema de la autonomía del enfermo en fase terminal, así como de su propia voluntad como criterio justificativo para la terminación voluntaria de la vida, lo que nos permitirá finalmente comprender que el derecho a decidir libremente el momento y la forma de muerte de un enfermo en fase terminal constituye una importante prerrogativa para aquél, toda vez que su ejercicio evitaría que la calidad de vida se vea considerable e inevitablemente deteriorada y consecuentemente la dignidad personal del enfermo.

4.1. CONCEPTO DE PACIENTE O ENFERMO EN ESTADO TERMINAL. El paciente en estado terminal, será aquella persona que padece una enfermedad que, a la luz de los conocimientos científicos de la época en que se presenta el estado mórbido no es susceptible de curación entrando de esta manera en un estado de deterioro progresivo que lo conducirá inevitablemente a la muerte a corto plazo.

El maestro Salvador Urraca Martínez nos brinda su concepción al respecto, manifestando que enfermo terminal: “es aquel en el que se

determina médicamente que sufre un proceso de enfermedad irreversible que conlleva una probabilidad razonable de ser causante directo de la muerte del paciente en un futuro previsible y no puede ser restaurado a otro grado de salud que no sea el de confort subjetivo.”⁴⁹

Es importante señalar que para el caso de un enfermo en fase terminal, lo ideal no resulta ser la aplicación de métodos terapéuticos, sino más bien será la aplicación de tratamientos paliativos, entendidos como aquellos cuyo objetivo principal es la reducción y control del dolor, proporcionando el mayor confort posible al paciente; ya que en las condiciones de deterioro en que se encuentra el organismo y el sistema inmunológico del individuo lo éticamente aceptable es reducir o mitigar al máximo los dolores y sufrimientos que el padecimiento del estado mórbido entraña.

Ya que tenemos una idea aproximada de lo que es un paciente en estado terminal, consideramos necesario mencionar los derechos con que esta clase de enfermos cuenta ante el advenimiento de determinadas condiciones propias de la enfermedad que enfrenta, las que pueden producir en su persona, dignidad, autonomía y calidad de vida un considerable detrimento.

4.2. DERECHOS DE LOS ENFERMOS EN FASE TERMINAL. Diversos organismos y asociaciones tanto de nivel nacional como internacional, se han preocupado por las injustas restricciones y maltratos en que en variadas ocasiones se mantiene a los enfermos que atraviesan por las últimas etapas de una enfermedad incurable, ante ello se han dedicado a realizar recomendaciones que encierran una serie de prerrogativas mínimas inherentes a todo paciente y que deben respetarse por la familia de aquel, por el personal médico y sanitario, entre las cuales, se encuentra el derecho a morir en paz y con dignidad, desgraciadamente estas prerrogativas únicamente han quedado al nivel de recomendaciones en nuestro cuerpo de leyes.

⁴⁹ URRACA MARTÍNEZ, Salvador. Op. Cit. Pág. 466.

En Chile actualmente se discute al respecto un Proyecto Ley sobre Derechos y Deberes de los Pacientes, en dicho proyecto, se plantea regular la situación de los pacientes terminales, estableciendo la posibilidad de no prolongar innecesariamente la agonía de un paciente en fase terminal y dejar que su enfermedad siga su curso normal, hasta que finalmente produzca la muerte, si es que así previamente lo decide el paciente, es decir, la doctrina chilena se postula a favor de la práctica de los tratamientos paliativos más que terapéuticos.

En nuestro país, con motivo de destacar las prerrogativas que las disposiciones sanitarias regulan en beneficio de los pacientes, en el mes de mayo del año 2002 se encomendó a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, definir un proyecto que fuera puesto a consideración de las organizaciones sociales y en el cual se plantearan los derechos de los pacientes frente al médico que le brinda atención, lo que concluyó con el diseño de la llamada Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, de esta manera, luego de tres reuniones celebradas en las que intervinieron diversas instituciones como la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, la Comisión Nacional de Bioética, la Comisión Nacional de Derechos Humanos, la Federación Nacional de Colegios de la Profesión Médica, la Dirección de Prestaciones Médicas del IMSS, la Subdirección General Médica del ISSSTE, por mencionar sólo algunas, en el mes de noviembre de ese mismo año (2002), se presentaron conclusiones de las cuales resultó el documento definitivo que actualmente se difunde y en el que se enfatizan las siguientes prerrogativas:

1. Recibir atención médica adecuada. El paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención; así como a ser informado cuando requiera referencia a otro médico.⁵⁰

⁵⁰ Comprendido en la Ley General de Salud Artículos 51 y 89. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 21 y 48.

2. *Recibir trato digno y respetuoso.* El paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente.⁵¹

3. *Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.* El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible.⁵²

“4. Decidir libremente sobre su atención. El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales”.⁵³

5. *Otorgar o no su consentimiento válidamente informado.* El paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales.⁵⁴

⁵¹ Ley General de Salud Artículos 51 y 83. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 25 y 48.

⁵² Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 29 y 30.

⁵³ Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículo 80. “Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente” del 9 de enero de 1995, apartado C del punto número 10.

⁵⁴ Ley General de Salud. Artículos 100 Fracc. IV 320 y 321. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios médicos. Artículos 80 y 81.

6. *Ser tratado con confidencialidad.* El paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico, se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria; lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.⁵⁵

7. *Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.* El paciente tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.⁵⁶

8. *Recibir atención médica en caso de urgencia.* Cuando está en peligro la vida, un órgano o una función, el paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por un médico, en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones.⁵⁷

9. *Contar con un expediente clínico.* El paciente tiene derecho a que el conjunto de los datos relacionados con la atención médica que reciba sean asentados en forma veraz, clara, precisa, legible y completa en un expediente que deberá cumplir con la normativa aplicable y cuando lo solicite, obtener por escrito un resumen clínico veraz de acuerdo al fin requerido.⁵⁸

10. *Ser atendido cuando se inconforme por la atención médica recibida.* El paciente tiene derecho a ser escuchado y recibir respuesta por

⁵⁵ Ley General de Salud. Artículos 136, 137 y 138. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 19 y 35.

⁵⁶ Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 29 y 30.

⁵⁷ Ley General de Salud. Artículo 55. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 71 y 73.

⁵⁸ Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículo 32.

la instancia correspondiente cuando se inconforme por la atención médica recibida de servidores públicos o privados y disponer de vías alternas a las judiciales para tratar de resolver un conflicto con el personal de salud.⁵⁹

En el ámbito internacional, también existen diversidad de documentos que plasman las mínimas prerrogativas que debe tener un enfermo terminal, como por ejemplo la **Declaración de Venecia de la Asociación Médica Mundial sobre la enfermedad terminal**, adoptada por la 35ª Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983. De la cual en lo conducente podemos señalar los siguientes puntos:

“1. El deber del médico es curar y cuando sea posible, aliviar el sufrimiento y proteger los intereses de sus pacientes.

2. No habrá ninguna excepción a este principio, incluso en caso de enfermedad incurable o de malformación.

3. Este principio no excluye la aplicación de las siguientes reglas:

3.1. El médico puede aliviar el sufrimiento de un paciente que padece de una enfermedad terminal, al interrumpir el tratamiento con el consentimiento del paciente o de su familia inmediata, en caso de no poder expresar su propia voluntad.

La interrupción del tratamiento no libera al médico de su obligación de ayudar al moribundo y darle los medicamentos necesarios para aliviar la fase final de su enfermedad.

⁵⁹ Ley General de Salud. Artículo 54. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Artículos 19, 51 y 52. Decreto de Creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico. Artículos 2, 3, 4 y 13

3.2. El médico debe evitar emplear cualquier medio extraordinario que no tenga beneficio alguno para el paciente.

3.3. *Cuando el paciente no puede revertir el proceso final de cesación de las funciones vitales, el médico puede aplicar tratamientos artificiales que permitan mantener activos los órganos para trasplantes, a condición de que proceda de acuerdo con la legislación del país o en virtud del consentimiento formal, otorgado por la persona responsable y siempre que la certificación de la muerte o de la irreversibilidad de la actividad vital haya sido hecha por médicos ajenos al trasplante y al tratamiento del receptor. Estos medios artificiales no serán pagados por el donante o sus familiares. Los médicos de éste deben ser totalmente independientes de los médicos que tratan al receptor y del receptor mismo”.*⁶⁰

De los documentos sometidos a estudio, destacaremos las consideraciones contenidas en el punto número 4 de la Carta Mexicana de los Derechos Generales de los Pacientes, en virtud de que es en éste en donde se hace un especial énfasis, que refleja que en nuestro país ya existe un pequeño avance por reconocer la voluntad del enfermo terminal, al concederle el derecho a aceptar o rechazar toda clase de medios extraordinarios de supervivencia, lo que constituye la parte medular del presente trabajo: establecer y reglamentar esta prerrogativa del enfermo en fase terminal en un ordenamiento especial o en su caso en la Ley General de Salud, la que sufriría una modificación en el Título Décimo Cuarto, denominado “Donación, trasplantes y pérdida de la vida”, para quedar de la siguiente manera: “Donación, trasplantes, manifestación anticipada sobre la muerte voluntaria y criterios de diagnóstico para la pérdida de la vida”, sin embargo, sobre las propuestas de reforma a la Ley General de Salud se tratará en el capítulo correspondiente.

Ya que hemos realizado un breve estudio de los derechos correspondientes a un enfermo en fase terminal, debemos comenzar a estudiar la fuente o mejor dicho el criterio que justifica estos derechos. En

⁶⁰ <http://www.unav.es/cdb/ammvenecia2.html>

el caso de los enfermos en fase terminal, consideramos que el elemento esencial para ejercitar el derecho a solicitar una “muerte digna”, lo es la propia voluntad del enfermo, elemento que indubitadamente se encuentra relacionado con el derecho a recibir una información veraz y oportuna sobre su enfermedad, evolución, tratamiento y alternativas terapéuticas para la misma, así como de su condición general de salud a corto y “largo” plazo, primeramente comenzaremos por definir que es la “autonomía”.

4.3. LA AUTONOMÍA DE LA VOLUNTAD DE LOS ENFERMOS EN FASE TERMINAL. Autonomía significa gobierno sobre sí mismo y el respeto a ella consiste en tratar a los demás como fines en sí mismos y nunca como medios.

La autonomía implica, entre otros, el derecho personal a la autodeterminación sobre el final de la propia vida, sin la interferencia de otros en temas de intimidad personal. Como todo derecho, la autonomía tiene sus limitaciones, a saber: ser mentalmente competentes y no dañar a terceros en el ejercicio de ese derecho. La autonomía de la voluntad coexiste junto a la calidad de vida de los enfermos en fase terminal, de la que ya hemos hablado en el capítulo tercero.

Reiteradamente hemos manifestado a lo largo del presente trabajo que a cada individuo le asiste el derecho a morir de acuerdo a la manera que considere menos dolorosa e indigna y a ser ayudado por otros a morir con el mayor decoro y no de acuerdo con las reglas que terceras personas pretendan establecer, argumentando falsos criterios y principios de ética, que en la mayoría de los casos prácticos, no resultan ser más que frases trilladas que no encierran la más mínima presencia de ética y mucho menos de moral y respeto hacia la persona.

Ken Chiu, presidente de la asociación taiwanesa de Derechos Humanos, considera que la gente, más que tener el derecho a vivir, biológicamente hablando, tiene el derecho a vivir "dignamente". Por lo tanto, si la dignidad de la persona se encuentra en detrimento, o en el peor

de los casos, es ya inexistente, desde la perspectiva de los Derechos Humanos, debería ésta, tener el derecho de decidir sobre el momento y modelo de su propia muerte.

En otra esfera, la Bioética Médica, tradicionalmente paternalista, de igual manera ha ido evolucionando a un pleno reconocimiento de los derechos de los pacientes, relacionados con la capacidad que estos tienen para decidir informadamente sobre los niveles de intervención médica y la elección de las posibles alternativas de tratamiento.

El fundamento último del derecho a la vida frente a la terminación voluntaria de la misma no es otro que el de la dignidad de la persona e independientemente de su consideración o no como derecho humano, la forma y reconocimiento de esta prerrogativa como derecho positivo, es algo que debe importar a nuestro cuerpo Legislativo, Ejecutivo y Judicial en virtud de que somos una Entidad soberana y la naturaleza de este derecho recae directamente en la calidad de vida y en la dignidad de cualquier persona.

Dentro de éste contexto, la adopción de un documento que permita a las personas decidir sobre la terminación voluntaria de su vida, respetaría la libre voluntad y la dignidad de aquellos enfermos que se encuentran en una situación terminal irreversible, contrariamente, el uso inmoderado, de medios de soporte artificial, no haría otra cosa más que denigrar y por ende afectar la dignidad y calidad de vida de la persona.

Dentro de éstos métodos artificiales estarían considerados no sólo los aparatos de sofisticada tecnología, sino también aquellos tratamientos que, aún prolongando la vida del paciente, no establecen ninguna expectativa de mejora y sí producen un sufrimiento innecesario en los enfermos terminales.

Cuando nos enfrentamos a casos de personas que están sufriendo indescriptiblemente y tanto estas, como sus familiares o médicos consideran que resulta más adecuada una muerte rápida y sin dolor que una

larga agonía, afirmar que el derecho irrenunciable a la vida frente a la decisión de la terminación voluntaria de la supone, supone que nadie puede hacer nada para acortarla y no queda más que esperar a que la persona muera por sí sola, lo que se traduce en una especie de derecho egoísta que obliga a su titular a hacer algo que él no desea hacer, como vivir privado de su dignidad, autonomía y confort o peor aún llegar a suicidarse en el propio centro hospitalario al sentirse impotente al respecto.

El derecho a la vida es el presupuesto de los demás derechos, especialmente está relacionado con el derecho a la integridad física y moral, con el derecho a no ser tratado de una forma cruel, inhumana o degradante; con el derecho a la libertad personal; y con el derecho a la seguridad personal. Ahora bien, este derecho a la vida no debe atender ni mucho menos implicar a toda costa una defensa de la misma, entendiéndola ésta como mera existencia biológica o mejor dicho mecánica, sino más bien, como el derecho a una vida en condiciones adecuadas para ser disfrutada, es decir, que encierre las más mínimas condiciones de dignidad que son por naturaleza inherentes a la persona, de esta manera, puede aceptarse que en muchos casos, el cuerpo sanitario se encuentra obligado a no realizar acción alguna para mantener artificialmente con vida a una persona, con el fin de no incurrir en actos distanásicos.

No deberíamos considerar homicidio o en su caso auxilio o inducción al suicidio, al derecho que tiene una persona a morir con dignidad. Si una persona en estado terminal puede vivir unos días o meses más conectado a un aparato que le priva de la dignidad y autonomía que les son propias por el simple hecho de ser humano, ¿podríamos considerar a ésta situación como un vivir pleno en toda la extensión de la palabra? Desde un punto de vista muy particular no lo es, y ante esta circunstancia reiteramos nuestra postura de que la persona tiene derecho de decidir y en determinado momento, ordenar que se le desconecte de dichos aparatos para morir, y terminar con una agonía inútil.

Es preciso señalar, de acuerdo a nuestro particular punto de vista, que el médico estará obligado a cumplir la voluntad del paciente, y en caso de no hacerlo ya sea por la influencia de sus principios éticos, morales o religiosos, el facultativo deberá delegar esta tarea a otro profesional, cuyo punto de vista coincida con la voluntad del paciente y cuya ideología considere inútil e inhumano prolongar de manera artificial la existencia mecánica del paciente.

Debemos dejar muy claro que el derecho a terminar voluntariamente con la vida, no debe ni mucho menos tiene porque convertirse en una obligación o en un compromiso para el paciente, ya que queda claro, que el calificativo de dignidad o indignidad de la vida es totalmente subjetivo, por lo que únicamente el paciente valorará su calidad de vida y después de ello, si el individuo considera que es más digno morir renunciando a todos los métodos extraordinarios de soporte vital que se le pretendan aplicar, hará valer éste derecho, pero jamás deberá serle impuesto como una regla general.

Nos adherimos a la manifestación realizada por el profesor de Derecho Civil de la Universidad de Chile, Gonzalo Figueroa Yáñez, respecto a la disposición que tiene cada persona sobre su propio cuerpo refiriendo: "cada individuo es dueño de su cuerpo, naturalmente con las limitaciones que la ley establezca, como sucede con cualquier otro derecho, tanto para destinarlo a las actividades lícitas que en vida prefiera hacer, como para afrontar la muerte de la manera que mejor le parezca, y sobre todo afrontarla con dignidad."⁶¹

Actualmente, en nuestro país se está manifestando en desarrollo una tendencia que tácitamente se muestra acorde al pensamiento del profesor Gonzalo Figueroa, nos referimos a la donación de órganos y tejidos, recientemente regulada en nuestro país por medio de la cual el Estado Mexicano admite que cada individuo es dueño de su vida y su cuerpo al grado de que le permite la disposición del mismo después de

⁶¹ <http://www.lasemanajuridica>

llegarse su muerte, en este contexto, nos preguntamos, ¿por qué el Estado nos brinda la oportunidad de decidir la manera en que queremos disponer de nuestro cuerpo una vez sucedida nuestra muerte, pero, nos niega por otra parte, la oportunidad de poder decidir la forma en que queremos terminar nuestra existencia en los momentos en que la misma se ha convertido en un verdadero suplicio?

En resumidas cuentas, podríamos considerar que el derecho a morir con dignidad es una acumulación del principio ético general de autonomía o autodeterminación, que a su vez fundamenta, el derecho a la libertad de conciencia, derivado del derecho a una información oportuna y adecuada sobre el estado general de salud, con los cuales el derecho a morir con dignidad se encuentra indudablemente relacionado, y para ello, es necesario que al paciente se le otorgue una información suficiente respecto a todos los aspectos esenciales de la decisión, que comprenda adecuadamente toda la información recibida y que su voluntad esté ausente de coacciones externas, así como de vicios en el consentimiento. Creemos que el derecho a la información debe ser limitado, no para el enfermo, sino a sus familiares o a los responsables de él y con ello evitar que intereses económicos puedan intervenir en la salud y decisión del enfermo, quien tiene la posibilidad de autorizar o negar que se extienda al derecho a la información a sus familiares, representante legal o alguna otra persona.

4.4. CRITERIOS QUE JUSTIFICAN LA AUTONOMÍA DE LA VOLUNTAD. La dignidad es lo que define a una vida humana, por eso, resulta explicable que en una gran mayoría de situaciones en que un estado mórbido ha llegado a su fase terminal, el enfermo pida al médico que aplique los fármacos necesarios para paliar los dolores producidos por la enfermedad, aunque con su aplicación secundariamente se acorte la vida del paciente, o bien que interrumpa los tratamientos terapéuticos que ya se le hayan aplicado, con el objeto de evitar incurrir en acciones distanasicas o de ensañamiento terapéutico.

La dignidad humana se fundamenta básicamente en la libertad que es: la capacidad de la voluntad de hacer o no hacer un acto, de cumplir o dejar de cumplir nuestras metas, es la capacidad de determinar la dirección o el "sentido", de toda nuestra existencia, libertad que en el caso de los enfermos en fase terminal debe estar forzosamente respaldada por el derecho a la información que se otorgue al paciente sobre su enfermedad, evolución, tratamiento y diagnóstico panorámico, ya que de todos estos factores dependerá que el paciente tome la decisión que más considere conveniente.

El argumento de Stuart Mill⁶² contra la intervención del Estado en las acciones de los ciudadanos que no dañan a otros es el argumento más poderoso que justifica la autonomía de la voluntad de una persona. Para este personaje, la elección de la muerte por un enfermo terminal no es una cuestión que interese al Estado, los ciudadanos pueden decidir cómo morir y es asunto de ellos si desean o no vivir con sufrimiento o indignidad. Cualquier intervención estatal en este asunto supone un paternalismo injustificado.⁶³

4.5. QUÉ SE DEBE ENTENDER POR MUERTE VOLUNTARIA. Por principio de cuentas y con la finalidad de evitar confusiones innecesarias, consideramos que debemos aclarar que para nosotros y para efectos de la presente investigación no es lo mismo muerte voluntaria que eutanasia.

Si bien es cierto, ambas figuras tienden hacia un mismo objetivo que es la extinción de la vida humana; no menos cierto es que, la figura eutanásica entraña circunstancias aún más complejas, que la muerte

⁶² El argumento de Mill es muy conocido y sienta las bases de los límites de la actividad del Estado liberal. Textualmente refiere: "The only purpose for which power can be rightfully exercised over any member of a civilised community, against his will, is to prevent harm to others. His own good, either physical or moral, is not sufficient warrant"

⁶³ VÁZQUEZ, Rodolfo. *Bioética y Derecho*. Fondo de Cultura Económica. México, 2002. Pág. 164.

voluntaria, ya que la eutanasia puede tener lugar (en los países donde esta legitimada) en situaciones en las que puede preceder la voluntad del propio paciente o bien, en situaciones adversas, en las que no es posible que el paciente manifieste libre y expresamente su voluntad al respecto de la situación que está padeciendo y en su lugar se toma en consideración la decisión de los familiares y si esto no fuera posible, se tomará en consideración la decisión del propio médico. Es aquí donde reside precisamente la diferencia entre la eutanasia y la muerte voluntaria, en virtud de que en esta última, como su nombre lo indica va a tener lugar cuando sea el propio paciente el que de manera expresa decida el fin de su existencia.

En este orden de ideas, no debemos perder el objetivo de nuestra propuesta, que no es la legitimación de la eutanasia, sino más bien de la muerte voluntaria, tratándose de personas con plena capacidad de ejercicio y en situaciones concretas que entrañen el padecimiento de un estado mórbido avanzado a una fase terminal que les impida ejercitar sus derechos y actos de manera independiente y autónoma.

Lo anterior es comprensible si tomamos como punto de partida a los derechos de la personalidad desde una perspectiva naturalista, en la cual no sólo se exige el respeto de todos hacia estas prerrogativas, sino que además los derechos de la personalidad son innatos al hombre, por el sólo hecho de serlo, son anteriores y superiores a la sociedad y al Estado como parte de la misma y por ello mismo, son irrenunciables e inalienables.

No puede hablarse de un derecho a la vida sin un deber de vivir, y si este derecho se refiere a una cierta calidad de vida propia de la dignidad del hombre, no tiene sentido conservarla como deber cuando esto no resulta posible. En esta situación, consideramos que el “deber de vivir” ha desaparecido y por lo tanto, el derecho a morir cobra su plenitud y puede ejercitarse por su titular.

Para una infinidad de autores, el derecho a morir existe, por que en muchos ordenamientos jurídicos no se castiga el suicidio, para otros tantos es una teoría totalmente contraria, en virtud de que, el reconocimiento del derecho a la vida excluye necesariamente el derecho a la muerte.

Para nosotros el derecho a morir existe, pero no como derecho de morir de cualquier modo, sino como un derecho a morir con dignidad que supone morir natural y serenamente, sin sufrimientos inútiles e innecesarios y exigir que no se prolongue de manera artificial e inútil nuestra vida o mejor dicho nuestra agonía.

Concluimos pues, que el derecho a una muerte voluntaria bajo el emblema de muerte con dignidad, conlleva una serie de prerrogativas como: el derecho del enfermo a mantener un dialogo abierto y una relación de absoluta confianza con el equipo médico, el derecho al respeto de su libertad de conciencia, el derecho a la información verídica sobre su estado, el derecho a decidir sobre su propio destino y aceptar o en su caso rechazar las intervenciones quirúrgicas o bien, medios desproporcionados e inútiles a los que se le pretenda someter.

CAPÍTULO QUINTO

ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS A CONSIDERAR EN RELACIÓN A LOS CUIDADOS DE LOS ENFERMOS EN FASE TERMINAL.

5.1 CUIDADOS PALIATIVOS. CONCEPTO

**5.2 GASTOS Y COSTOS DE LA ATENCIÓN SANITARIA EN
ENFERMOS TERMINALES**

**5.3 LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA EN
NUESTRO PAÍS**

**5.4 REPERCUSIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES
RELACIONADAS CON LOS ENFERMOS TERMINALES**

CAPÍTULO QUINTO.

ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS SOBRE LOS CUIDADOS A LOS ENFERMOS EN FASE TERMINAL.

En este capítulo pretendemos hacer un análisis de los aspectos de orden social, así como económico que debieran por un lado ser aplicados a los enfermos terminales para hacer más agradable y confortable su travesía hacia la última etapa de su existencia, contrastando por otro lado los insuficientes recursos con que cuenta el sistema mexicano de Salud Pública para poder llevar a cabo este proyecto idealista. De esta manera hablaremos de los cuidados paliativos, del personal que debe brindarlos, de cómo la falta de recursos humanos y económicos de los centros hospitalarios repercute en el enfermo y en la familia de este, por lo que bajo este contexto comenzaremos por hablar de los cuidados paliativos.

5.1. CUIDADOS PALIATIVOS. CONCEPTO. Paliar es un término derivado del latín “palliare”, que significa tapar, encubrir, disimular, etc.

La medicina paliativa podemos definirla como: la rama de la medicina que se encarga de mitigar, y de moderar el rigor o la violencia de ciertos procesos destinados a la atención médica de los pacientes.

Los cuidados paliativos, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, se definen como “el cuidado total de los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento activo con finalidad curativa. El objetivo de los cuidados paliativos es conseguir la mejor calidad de vida del paciente y su familia. Muchos de los aspectos de los cuidados paliativos deben ser empleados en estadios más precoces de la enfermedad, en combinación con los tratamientos activos con la finalidad paliativa”.⁶⁴

⁶⁴ <http://www.entornomedico.org/medicos/tanatologia/palia.html>

La medicina paliativa es una concepción muy antigua y complementaria de la medicina curativa y constituye una terapia de soporte muy importante y no solamente es para usarse en forma exclusiva con los enfermos en fase terminal.

Cicely Saunders, fue quien comenzó a desarrollar los cuidados paliativos, gracias a su gran aportación en cuanto a los conocimientos respecto de cómo cuidar tanto a los pacientes en estadios terminales de la enfermedad así como a sus familiares frente a la sociedad, ayudándolos a sobrellevar la angustia y el dolor del proceso de muerte, contemplando la esfera física, psíquica, social y espiritual de la persona.

La filosofía de la enfermera Saunders se basa en un principio cuya esencia es: ***“cuando el primer objetivo de la medicina, el restablecimiento de la salud, no puede ser alcanzado, queda aún mucho por hacer para un médico y él tiene el deber de hacer todo lo que es justo y necesario para aliviar el dolor y el sufrimiento, incluso si las medidas que se tomen puedan accidentalmente acortar la vida. Esto no es porque haya una protección especial del cuerpo médico, sino porque un acto que no causa la muerte no es un homicidio”***.⁶⁵

Posteriormente, Elisabeth Kübler-Ross, médico psiquiatra de quien ya hemos hablado en líneas anteriores, interesada en investigar el proceso de muerte y de las manifestaciones del hombre ante la misma, pone en práctica con los pacientes moribundos sus conocimientos científicos aunados a sus sentimientos y principios sustentados en la solidaridad y el amor hacia el prójimo, logra sintetizar en cinco fases o etapas (ya señaladas), el cuadro psicológico que enfrentan esta clase de pacientes cuando el proceso de muerte se encuentra muy cerca.

El equipo humano dedicado a atender a los enfermos en fase terminal debe ser multidisciplinario para poder alcanzar los objetivos del espíritu de esta rama de la medicina, en otras palabras, se tienen que integrar tanto abogados, médicos, enfermeras, trabajadores sociales,

⁶⁵ URRACA MARTÍNEZ, SALVADOR. Op. Cit. Pág. 435-436.

psicólogos y tanatólogos, quienes deberán tener una intercomunicación estrecha.

Sin embargo, esta propuesta parece ser por el momento inalcanzable en el sistema de salud pública mexicano, en virtud de los limitados recursos humanos y económicos con que cuenta y cuya participación se limita a enfocarse con grandes esfuerzos al tratamiento y lucha contra de la enfermedad del individuo, dejando a un lado la esfera psicológica y espiritual del mismo.

5.2. GASTOS Y COSTOS DE LA ATENCIÓN SANITARIA EN ENFERMOS TERMINALES.

La Medicina Intensiva comenzó a desarrollarse a partir de la década de los 60, en sus inicios intentaba conseguir a toda costa la prolongación de la vida mediante mecanismos de soporte artificial, sin embargo, con el transcurso del tiempo, en los países desarrollados se ha modificado este objetivo, toda vez de que la obstinación terapéutica derivaba en una gran mayoría de casos en: daños iatrogénicos, prolongación de una inútil agonía, el retraso inútil de la muerte, esto aunado al crecimiento desorbitado de los costos en la atención médica, lo que trajo como consecuencia conflictos entre pacientes que deseaban tratamientos mejores y más costosos y una sociedad clínicamente sana nada dispuesta a pagar las consecuencias reflejadas en el alza de sus impuestos.

La Unidad de Cuidados Intensivos, dispone de sistemas electromecánicos para soporte vital sofisticados, en ella no existe la separación de pacientes por sexos, los tratamientos que en ella se realizan, son agresivos y costosos desde la perspectiva física, psíquica y económica, además, la comunicación de los pacientes con sus familiares, se encuentra restringida tanto en personas como en tiempo.

En nuestro país, dadas las condiciones de austeridad con las que se conduce el sistema de salud pública en la actualidad, la ocupación de una cama por un paciente que atraviesa la fase terminal de un estado mórbido,

sin ninguna expectativa de recuperación, puede suponer el fallecimiento de otro absolutamente recuperable, esto no tiene otra explicación que la de un alto costo del mantenimiento que implica la manutención de un paciente en estas condiciones y los escasos recursos tanto humanos como materiales, lo que se traduce en una carga bastante onerosa para la Administración Pública, en el caso de los centros de salud públicos, o bien, para la economía personal del paciente y su familia en los centros de salud privados, los que en muchas ocasiones, escudándose en una falsa ética mantienen en esas condiciones al enfermo con el objetivo de seguir lucrando con su enfermedad.

Para entender un poco más el alcance que implica la atención de un enfermo en estado terminal en un país en vías de desarrollo, tomaremos como ejemplo al Estado Argentino, en donde mantener un día en terapia intensiva a un enfermo con el apoyo de respirador artificial, conexión a alguna sonda y provisión de suero vale entre 350 y 1000 pesos, en la inteligencia de que la unidad monetaria argentina se encontraba equiparada hasta hace poco tiempo con el valor del dólar estadounidense.

Bajo estas circunstancias y dejando de lado los cuestionamientos humanos, bioéticos y filosóficos que despierta toda esta cuestión, y adoptando una mirada desde la política de uso racional de los recursos humanos y materiales en el ámbito de salud: ¿no queda cuestionada la relación costo-beneficio en el tratamiento de enfermos en fase terminal?

En nuestro país dadas las condiciones económicas en que se encuentra y con la que se conducen la mayoría de los organismos centralizados y descentralizados de la Administración Pública, entre los que sin duda se encuentra el Sector Salud, el tratamiento de un enfermo en una fase terminal irreversible resulta una dilapidación de recursos tanto humanos como económicos, en cambio si estos se invirtieran en prevención de enfermedades intensificándose entre los sectores más pobres, sin duda se ganarían muchos años de esperanza de vida al nacer, este criterio por cruel que parezca no significa que estemos a favor de la llamada eutanasia eugenésica (entendiendo por ésta, la ejecutada durante el auge del nacional-socialismo hitleriano, con el objeto de eliminar a los

parásitos e incapaces de la sociedad y consecuentemente llevar a cabo una estricta selección de la raza superior), sino simplemente creemos que los pocos recursos que tenemos en la actualidad deben ser aprovechados al máximo teniendo en consideración y en todo momento que una cosa es otorgar confort al paciente y otra luchar contra lo imposible, con lo que se logra únicamente deteriorar aún más la calidad de vida del paciente.

Un ejemplo latente de la insuficiencia de recursos en el Sector Salud en México, lo es el trabajo que desarrollan diversos organismos no gubernamentales como en el caso de los enfermos con SIDA y cáncer, por mencionar sólo algunos, organismos que a través del apoyo del sector privado otorgan asistencia a esta clase de pacientes que en la mayoría de las veces son relegados de los centros hospitalarios hacia sus hogares, dejándolos en el más completo desamparo terapéutico, moral y psicológico, ante este suceso nos cuestionamos ¿En estas circunstancias, no preferiría el paciente dejar de existir, en lugar de sentirse como un ente aislado e inútil ante una sociedad que lo rechaza? ¿Por qué no reconocerle el derecho a cómo morir, de manera anticipada y para el caso de llegar a padecer un estado mórbido en fase terminal, y evitar que su voluntad se vea viciada por el sufrimiento que le ocasionen los dolores de dicha enfermedad? Particularmente consideramos que en esta hipótesis el Estado Mexicano debería dejar a un lado su paternalismo totalmente injustificado que sin duda lejos de ayudar al individuo, lo perjudica y lo somete al sufrimiento de agonías inútiles, reconociéndole por el contrario, su derecho a decidir sobre su forma y momento de muerte para el caso referido.

En contraposición a esta postura, existen partidarios de la corriente que pretende defender la conservación de la vida a toda costa, argumentando que en el caso de los enfermos terminales no se puede terminar con ella, sino que se le deben prestar al enfermo todos los medios y cuidados que le proporcionen un mayor confort, lo que se puede lograr gracias a los llamados cuidados paliativos, de los que ya hablamos en el punto anterior en el que manifestamos que para su prestación se requiere de un grupo interdisciplinario de profesionistas que deben trabajar en conjunto para poder obtener el fin de los cuidados paliativos, propuesta que sin duda resulta ideal para la atención de esta clase de enfermos, pero, sin

embargo, esta clase de cuidados, debido a su naturaleza constitutiva requiere de una gran infraestructura, que tratándose de un sistema de salud pública como en nuestro país resulta ser simplemente una utopía en la actualidad.

5.3. LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA EN NUESTRO PAÍS.

Nuestro actual gobierno continúa construyendo en silencio las reformas estructurales en el sector salud, comenzadas ya con el sistema neoliberal salinista, para darle la espalda a la atención médica integral y a la seguridad social como derechos fundamentales de la población, consagrados en la Carta Magna, reduciéndolos a simples mercancías al alcance del mejor postor. Con estas reformas, entre las que podemos citar sólo algunas a la descentralización administrativa, capitalización individual en el sistema de pensiones, ahorro y recorte presupuestal, entre otras, se traslada el cuidado de los enfermos crónicos y terminales -que debiera ser responsabilidad del Estado -a las familias de estos al efecto la Secretaría de Salud ha establecido acciones como la atención ambulatoria mediante la cual los enfermos crónicos, ya no permanecen en los hospitales por tiempo prolongado sino que son atendidos en sus hogares por sus propios familiares.

De esta manera tenemos que es en el núcleo familiar, específicamente en algunos de sus miembros como las madres, hermanas o hijas de los enfermos, entre quienes recae la atención y cuidado médico de los mismos, deslindándose de esta responsabilidad el Estado, lo que produce un ahorro en los costos de los tratamientos de esta clase de pacientes, ahorro que definitivamente no se ve reflejado en otros niveles de la prestación de los servicios públicos de salud, como por ejemplo en medicina preventiva.

Es triste reconocerlo, pero en México sólo se disfraza la calidad en los servicios públicos de salud, por que por un lado como señala un importante medio de información electrónico "*se privilegia la atención*

*preventiva en el primer nivel (unidades de atención familiar) y se comienza a restringir la atención en el segundo (hospitalario) y tercer nivel (institutos especializados): con esta política no existe una verdadera prevención, más bien lo que se logra es un abaratamiento de costos”.*⁶⁶

A esto debemos añadir que en México se suscitan infinidad de causas que provocan día a día el menor uso de opioides para paliar el dolor, causas que por señalar sólo algunas están: las restricciones o la excesiva burocracia en el proceso de importación de medicamentos, cuyas consecuencias se reflejan en el aumento al costo final del producto; la existencia de leyes y reglamentos en materia de sanidad que imponen límites máximos en las dosis diarias restringiendo así la aplicación de los mismos; la existencia de canales de distribución insuficientes que no facilitan la disponibilidad de estos fármacos en las zonas rurales y la ignorancia del personal de salud sobre cómo manejar el dolor.

Un ejemplo claro de la deficiencia de recursos humanos, materiales y económicos en México, lo encontramos en el llamado Hospital de la Mujer, institución dependiente de la Secretaría de Salud, a la cual se le “asignó el año pasado un presupuesto que rebasó los 220 millones de pesos, sin embargo, una investigación de campo realizada por la Comisión de Salud de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, encabezada por la diputada del Partido del Trabajo Eugenia Flores, concluyó que los servicios que ofrece esa unidad no han crecido al parejo del incremento de la demanda.

Esto se debe al aumento permanente de la población del Distrito Federal, a la disminución del poder adquisitivo, al aumento del desempleo y a la disminución en la inversión para la salud en el sector.

Actualmente el hospital no cuenta con equipo suficiente ni con mantenimiento adecuado, asimismo existe un gravísimo déficit de personal médico y de enfermería”.⁶⁷

⁶⁶ <http://www.cimacnoticias.com>

⁶⁷ <http://www.cimacnoticias.com>

5.4. REPERCUSIONES ECONÓMICAS Y SOCIALES RELACIONADAS CON LOS ENFERMOS TERMINALES. La falta de legitimación del derecho a decidir voluntariamente la terminación de la vida, acarrea una serie de consecuencias que vista desde el ámbito de la salud privada no sólo afectan al paciente en estado terminal, sino también a sus familiares y amigos; y si lo vemos desde la perspectiva de un sistema de salud pública, la atención en el tratamiento de estos enfermos, además de afectar a los ya mencionados, también afecta a la misma sociedad y la economía del Estado, ya que el cuidado de un enfermo en estas condiciones es sumamente elevado.

Sin duda alguna este panorama se visualiza más dramático, cuando el enfermo es tratado en una institución de asistencia privada, circunstancia que termina por absorber de manera caótica los recursos de la familia y del paciente mismo, a manera de ejemplo, podemos citar el caso del extinto Dámaso Pérez Prado, cuyos familiares, por el deseo de mantenerlo vivo de manera artificial, quedaron en la ruina económica y moral, ocurriendo el ya esperado e inevitable deceso, con esta actitud podemos apreciar que únicamente se consiguió prolongar el proceso de muerte y la agonía más no así la ya extinta vida de este artista, como erróneamente se señala.

Otro caso más remoto, fue el del dictador español Francisco Franco, quien luego de diversos ataques al corazón comenzó a padecer distensión abdominal a consecuencia de una hemorragia de estómago. El sábado 25 de octubre se le administró la extremaunción. Al día siguiente, tras una segunda hemorragia interna, se dio por supuesto que el fin estaba próximo. Hacia el 29 de octubre estaba ya recibiendo constantes transfusiones de sangre. Durante todo este tiempo sufría agudos dolores. El 30 de octubre se produjeron síntomas de peritonitis.

Durante la noche del 2 al 3 de noviembre, la hemorragia intestinal de Franco se intensificó. Para detenerla, los veintitrés especialistas que entonces lo asistían decidieron realizar una operación de urgencia. En el curso de una operación de tres horas, se descubrió que una úlcera había abierto otra arteria. Franco sobrevivió a la operación, pero encontraron que padecía uremia (enfermedad patológica de la sangre debida a la retención

de la urea normalmente eliminada por los riñones). Por lo que tendrían que someterle a diálisis.

Tres días después, mientras la uremia continuaba agravándose, a las cuatro de la tarde del 5 de noviembre, comenzó otra operación de cuatro horas y media en la que le extirparon dos tercios del estómago. A partir de entonces, lo mantuvieron con vida mediante una inconcebible parafernalia de máquinas de soporte vital. Ocasionalmente recobraba el conocimiento y murmuraba "que duro es morir". El hospital estaba asediado por periodistas. Se ofrecían enormes sumas de dinero a quien consiguiera fotografiar al agonizante dictador (acto que sin duda resulta denigrante de la dignidad de una persona). El 15 de noviembre comenzó otra hemorragia. Franco tenía el vientre hinchado a consecuencia de la peritonitis.

Franco estaba a duras penas vivo, prácticamente inconsciente y dependía completamente de la maquinaria de soporte vital. Finalmente, su hija *Nenuca* insistió en que debía dejársele morir en paz. A las once y cuarto de la noche del 19 de noviembre, los varios tubos que le conectaban a las máquinas fueron retirados por orden de Martínez Bordiú. Probablemente Franco murió poco después. La hora oficial que se dio de la muerte fue las cinco y veinticinco de la madrugada del 20 de noviembre de 1975; la causa oficial declarada fue shock endotóxico provocado por una aguda peritonitis bacteriana, disfunción renal, bronconeumonía para cardíaco, úlcera de estómago, tromboflebitis y enfermedad de Parkinson. La familia de este personaje estuvo empeñada en retenerle en este mundo todo lo posible, su sufrimiento fue intenso y brutal.⁶⁸

Estos son ejemplos de algunos casos en los que sin duda alguna llevaron a un importante deterioro la dignidad del paciente, al no tener ya autonomía ni conciencia sobre sus actos y movimientos vitales trayéndole sólo momentos de agonía.

⁶⁸ www.historiasiglo20.org/BIO/franco.htm

CAPÍTULO SEXTO

MARCO JURÍDICO SOBRE LA EUTANASIA Y LA MUERTE VOLUNTARIA.

- 6. COMENTARIOS SOBRE ALGUNOS SISTEMAS DE LEGISLACIÓN INTERNACIONAL CON RELACIÓN A LA EUTANASIA O SUICIDIO ASISTIDO
 - 6.1 SISTEMAS QUE CONTEMPLAN A LA EUTANASIA COMO UNA IMPORTANTE ATENUACIÓN PARA LA PENA DE HOMICIDIO
 - 6.1.1 Italia
 - 6.1.2 Alemania
 - 6.1.3 Suiza
 - 6.1.4 Austria
 - 6.1.5 Colombia
 - 6.1.6 Brasil
 - 6.1.7 Grecia
 - 6.1.8 Portugal
 - 6.1.9 Argentina
 - 6.1.10 México
 - 6.2 SISTEMAS QUE PERMITEN EN DETERMINADAS SITUACIONES LA EUTANASIA ACTIVA
 - 6.2.1 Uruguay
 - 6.2.2 Bolivia
 - 6.2.3 Perú
 - 6.2.4 Estados Unidos de Norteamérica
- 6.3 SISTEMAS QUE, AUNQUE NO ESTABLECEN UNA REGULACIÓN ESPECÍFICA RESPECTO DE LA EUTANASIA, ES ADMITIDA CIERTA FLEXIBILIDAD A TRAVÉS DE SU JURISPRUDENCIA
 - 6.3.1 Australia
 - 6.3.2 Reino Unido
 - 6.3.3 Francia
- 6.4 LEGISLACIONES INTERNACIONALES QUE CONTEMPLAN LA REGULACIÓN DE LA MUERTE VOLUNTARIA
 - 6.4.1 Holanda. Ley de Comprobación de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Suicidio Asistido
 - 6.4.2 España. Ley del Testamento Vital
 - 6.4.3 Bélgica. Proyecto de Ley Relativa a la Eutanasia
 - 6.4.4 Estados Unidos. Ley del Acto de Muerte con Dignidad
- 6.5 SITUACIÓN DE LA MUERTE VOLUNTARIA EN LA LEGISLACIÓN MEXICANA

CAPÍTULO SEXTO

MARCO JURÍDICO SOBRE LA EUTANASIA Y LA MUERTE VOLUNTARIA.

6. COMENTARIOS SOBRE ALGUNOS SISTEMAS DE LEGISLACIÓN INTERNACIONAL CON RELACIÓN A LA EUTANASIA O SUICIDIO ASISTIDO.

No constituye nuestro objetivo realizar un estudio comparativo de la figura eutanásica, pero dada la relación que guarda con la figura de la muerte voluntaria y a la gran importancia que tiene para nosotros distinguir las características de cada una de ellas, consideramos necesario recurrir al estudio de las diversas legislaciones internacionales en las que la eutanasia se encuentra reglamentada sea total o parcialmente.

A lo largo de la polémica generada por el tema de la llamada “muerte dulce”, varias entidades internacionales han adoptado diversas posturas al respecto, algunas se pronuncian a favor de ella en situaciones concretas y delimitadas, en las que puede o no preceder la voluntad del paciente, por razones económicas y humanas hacia el paciente, principalmente; otras se muestran flexibles, aunque no la consienten en su totalidad, al considerarla como figura atenuante del homicidio simple en razón de los móviles de piedad con que esta se ejecuta y finalmente existen entidades que definitivamente se mantienen herméticas y no admiten la figura de muerte por piedad ni siquiera como atenuante para las penas de homicidio simple.

Para el desarrollo de este capítulo, tomaremos en consideración algunos países, cuyos cuerpos legales se inclinan por alguna de estas posturas.

6.1. SISTEMAS QUE CONTEMPLAN A LA EUTANASIA COMO UNA IMPORTANTE ATENUACIÓN PARA LA PENA DE HOMICIDIO.

6.1.1. ITALIA. El actual Codice Penale, en su artículo 579, señala la penalidad para el delito de homicidio y especifica que no será valido el consentimiento del pasivo si el hecho es cometido: contra una persona menor de dieciocho años; contra un enfermo mental o que se encuentre en condiciones de deficiencia psíquica por alguna otra enfermedad o por abuso de sustancias alcohólicas o estupefacientes; contra una persona cuyo consentimiento ha sido obtenido con violencia, amenaza, sugestión o engaño.

“En el derecho italiano, la figura de *l'omicidio del consenziente* no supone una forma atenuada del homicidio voluntario simple, sino que constituye un título específico.”⁶⁹

La menor gravedad del dolo y la menor peligrosidad del delincuente han sido consideradas por la jurisprudencia para tratar de superar las rígidas disposiciones del Código Penal. La doctrina, por su lado considera necesario que el consentimiento proceda del titular del bien jurídico tutelado por la ley y que sea real, valido, efectivo; y no supone necesariamente la petición repetida e insistente, basta tan sólo el permiso o autorización de la víctima e inclusive la mera aprobación inequívocamente manifestada.

El legislador italiano, en el párrafo 2º del artículo 579, enumera específicamente los casos en que el consentimiento debe ser otorgado por la víctima y titular del bien jurídicamente tutelado.

En 1992, se elaboró el Esquema de la Delegación legislativa, realizado por una Comisión de Profesores de Derecho Penal que regula la

⁶⁹ NÚÑEZ PAZ, Miguel Ángel. *Homicidio consentido, eutanasia y derecho a morir con dignidad*. Editorial Tecnos. México, 1999. Pág. 198.

eutanasia pasiva, sin mencionar la activa, sólo como circunstancia atenuante de la pena y requiriendo que la muerte se ejecute con medios paliativos del dolor en personas sometidas a sufrimientos físicos graves, con lo cual se mantiene el rechazo a la eutanasia, posiblemente por que el legislador pretenda evitar la extensión a las penosas situaciones a las que se llegó en Alemania durante el régimen nacional-socialista Hitleriano.

Por otra parte, “según el artículo 32.2 de la Constitución Italiana, los pacientes sólo pueden ser obligados por ley a someterse a tratamiento sanitario, únicamente en presencia de un interés colectivo y especificado legalmente”⁷⁰

6.1.2. ALEMANIA. La legislación alemana contempla una considerable atenuación en la punibilidad de la pena correspondiente al homicidio consentido. En el parágrafo 216 del StGB (Strafgesetzbuch) se contempla el homicidio consentido, en este caso, el consentimiento, aunque no excluya la punibilidad, determinará la atenuación de la ilicitud del hecho, al no haberse vulnerado la autodeterminación de la víctima. No obstante, una parte de la doctrina mantiene que no debe descartarse la posibilidad de excluir la punición del suicidio por homicidio, dado que, excepcionalmente, puede estar justificada la conducta en situaciones extremas con arreglo al principio del interés preponderante, ya que el respeto a la dignidad de la persona podría preceder al de la vida cuando el proceso hacia la muerte ha entrado en una fase crítica en la que el sufrimiento anula la conciencia y la muerte es, un breve espacio de tiempo, inevitable.

El problema que se presenta actualmente en el sistema alemán, es la interrupción del tratamiento, en la ayuda a morir indirecta y en el auxilio al suicidio en cuanto que el suicidio en general no es delito y tampoco la instigación y la ayuda al suicidio son punibles. Al respecto la opinión dominante considera que la opinión última sobre la acusación de la muerte pertenece, atinadamente, al paciente. Agrega, además que no puede

⁷⁰ NÚÑEZ PAZ, Miguel Ángel. Op Cit. Pág. 205

exigírsele al médico respecto a una vida que se extingue de forma irremediable que la prolongue inútilmente por el sólo mantenimiento mediante aparatos mecánicos de la actividad respiratoria.

“Tanto el rechazo a comenzar un tratamiento como a su continuación, respecto de medidas prolongadoras de una vida que se acaba, son vinculantes para el médico; y no puede haber homicidio por omisión ya que, contra la voluntad del paciente, no cabe la posición de garante del médico; y, en este caso, el resultado no puede ser imputado al no ser garante el autor. Por lo tanto, entre la continuación del tratamiento y la voluntad contraria del paciente, debe prevalecer esta última”⁷¹

Núñez Paz, establece que un sector de la doctrina alemana considera que la desconexión de medios mantenedores de la respiración no acortan lo que queda de vida natural del paciente, sino que tan sólo ponen fin a una agonía prolongada artificialmente que debiera haber terminado con anterioridad y, en consecuencia, no habría aquí imputación objetiva; faltaría la tipicidad debido a la limitación de responsabilidad por la finalidad de protección de la norma.

6.1.3. SUIZA. La figura eutanásica no se encuentra contemplada en las normas jurídicas suizas, sin embargo, las conductas calificables como eutanasia activa directa, cuando el autor pretende un acortamiento de la vida, pueden sancionarse en ese país como un homicidio simple, según lo establece el artículo 111 del St.GB (Strafgesetzbuch) o bien, como homicidio a petición de la víctima regulado de manera semejante a la del Código Penal Alemán, añadiendo una segunda condición más restrictiva, ya que el autor debe haber actuado por un motivo honorable o humanitario, especialmente la piedad.

“En cuanto a la eutanasia pasiva, si el enfermo está conciente aún, después de ser debidamente informado por el médico, el paciente tiene

⁷¹ NÚÑEZ PAZ, Miguel Ángel. Op. Cit. Pág. 216.

derecho absoluto a rechazar el tratamiento, lo cual libra al médico de su posición de garante. Si el enfermo está inconsciente y sin capacidad de discernimiento, el médico debe respetar la voluntad presunta del paciente. La declaración vital debe ser indiciaria. En cuanto a los parientes más cercanos, el médico tiene la obligación de oírles, pero no está vinculado por sus opiniones y debe obrar en interés del paciente, teniendo en cuenta la Lex Artis⁷² y los criterios éticos.”⁷³

6.1.4. AUSTRIA. El parágrafo 77 del StGB (Strafgesetzbuch) austriaco, regula de manera similar a la del StGB (Strafgesetzbuch) alemán la figura del homicidio consentido o a petición, cabe señalar que este ordenamiento, admite la posibilidad de sustituir la pena privativa de la libertad por una sanción pecuniaria.

Al contrario de lo que opina la doctrina italiana, los austriacos consideran que la petición debe ser seria e insistente, o sea, inequívoca y debe persistir hasta el momento de la consumación, pudiendo ser revocable en cualquier momento.

No parece que la eutanasia pasiva sea punible; aunque los actos conduzcan irremediamente a la muerte, siempre que vayan dirigidos a paliar los sufrimientos y no a acortar la vida. En el caso de la eutanasia activa, un importante sector de la doctrina austriaca considera que el médico no es penalmente responsable por el hecho del suministro de fármacos paliativos o lenitivos, ya que, aunque se produzca un acortamiento de la vida o una aceleración de la muerte, no han sido

⁷² Criterio valorativo de la concreción del correcto acto médico ejecutado por el profesional de la medicina-ciencia o arte médica- que tiene en cuenta las especiales características de su autor, de la profesión, de la complejidad y trascendencia vital del acto, y en su caso de la influencia en otros factores endógenos- estado e intervención del enfermo, de sus familiares o de la misma organización sanitaria-, para calificar dicho acto conforme o no con la técnica normal requerida, derivando de ello tanto el acervo de exigencias o requisitos de legitimación o actuación lícita, de la correspondiente eficacia de los servicios prestados y, en particular, de la posible responsabilidad de su autor/médico por el resultado de su intervención o acto médico ejecutado.

⁷³ NÚÑEZ PAZ, Miguel Ángel. Op. Cit. Pág. 225.

suministrados con esta intención, aunque la falta de tipo subjetivo pueda ser discutible.

6.1.5. COLOMBIA. Miguel Ángel Núñez, manifiesta al respecto que: “ el sistema colombiano, tras varias décadas de reconocimiento expreso de la facultad judicial de eximir de pena en el artículo 364 del Código Penal Colombiano, el nuevo Código en vigor desde 1980- en su artículo 326- elimina la facultad de perdón judicial, y atenúa simplemente la pena en el denominado homicidio por piedad con base en la motivación humanitaria- sin mencionar el consentimiento-; en el artículo se señala que < el que matare a otro por piedad para poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave incurable incurrirá en prisión de seis meses a tres años”⁷⁴

En mayo de 1997, el Tribunal Constitucional de Colombia, con relación al denominado homicidio por piedad, se manifestó en el sentido de que, cuando en el hecho concurra el consentimiento del paciente terminal, no podrá derivarse responsabilidad para el autor con base a la justificación de la conducta.

6.1.6. BRASIL. El artículo 121.1 del Código Penal Brasileño, establece una figura de homicidio privilegiado, ya que, si el autor comete el delito impulsado por un motivo de relevante valor moral o social, el juez puede reducir de un sexto a un tercio la pena señalada para el homicidio simple.

Se castiga el inducir o instigar a alguien al suicidio o prestar ayuda para realizarlo, aumentándose o reduciéndose la pena en función de la consumación o tentativa de suicidio si de ésta resulta lesión corporal grave o si la víctima es menor o tiene disminuida su capacidad jurídica.

⁷⁴ NÚÑEZ PAZ, Miguel Ángel. OP. Cit. Pág. 229.

6.1.7. GRECIA. En el sistema del Código Penal griego, la figura del homicidio consentido constituye un título autónomo de delito. Para este sistema, la petición de la víctima debe ser persistente a diferencia del simple consentimiento o tolerancia respecto de la acción del autor; ya que ello no sería suficiente para integrar el tipo del delito especial. No se considera válido el consentimiento de las personas incapaces.

Otro elemento constitutivo del delito son los motivos humanitarios de compasión o de piedad y la necesidad de que se trate de una enfermedad incurable; lo que ha suscitado la crítica de la doctrina debido a la incertidumbre respecto del diagnóstico y, consecuentemente, de la prognosis.

6.1.8. PORTUGAL. El Código Penal portugués de 1995, regula supuestos eutanásicos basados en la motivación humanitaria o compasiva en el artículo 133, que establece una figura atenuada de homicidio junto a supuestos emotivos o de relevante valor social o moral que suponga una disminución de la responsabilidad.

El homicidio consentido u homicidio a petición se regula en el artículo 314, la participación, por su parte, está regulada en el artículo 315 que sanciona la inducción y auxilio al suicidio con una pena equivalente a la correspondiente al homicidio a petición; y aumentando la pena privativa de la libertad en caso de que la persona auxiliada fuese menor de 16 años o, por cualquier circunstancia tuviese disminuida su capacidad de determinación.

6.1.9. ARGENTINA. No existe en el Código Penal argentino una figura especial que incluya el homicidio consentido o los móviles de piedad.

El artículo 79 del ordenamiento legal en comento, castiga el homicidio simple, el artículo 8, regula una figura de homicidio en caso de encontrarse el autor motivado por emoción violenta.

Los móviles humanitarios, pueden influir respecto a la atenuación de la pena, en virtud del artículo 41.2º de manera general.

6.1.10. MÉXICO. Recientemente México se ha colocado dentro de este rubro, de acuerdo a las últimas modificaciones que se han realizado en el Código Penal para el Distrito Federal. Sobre esta entidad se abundará en el apartado tercero de este capítulo.

6.2. SISTEMAS QUE PERMITEN EN DETERMINADAS SITUACIONES LA EUTANASIA ACTIVA.

6.2.1. URUGUAY. Es el único país de Hispanoamérica que establece en su Código Penal de 1933, dentro de las causas de impunidad, los móviles de piedad en el homicidio y precisa que los jueces tienen la 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.

Además el ordenamiento legal en comento, agrega una consideración más, al estimar que no es suficiente que el tratamiento sea el indicado desde la perspectiva médica, sino que debe ser proporcionado y ha de tenerse en cuenta su efectividad, medios disponibles, institución que ha de tratar menor sufrimiento del paciente y menor costo para él, para su familia y para la sociedad. Por otro lado, el artículo 2º establece la obligación del médico de mantener la vida del paciente y prohíbe el empleo de procedimientos tendientes a provocar la muerte; debiendo aplicar prácticas que alivien los padecimientos del paciente aunque acorten su vida, lo que conocemos como eutanasia indirecta.

6.2.2. BOLIVIA. En el sistema legal penal de este país latinoamericano, se regulan supuestos de eutanasia activa, bajo la denominación de homicidio piadoso requiriendo tanto la autodeterminación de la víctima como el móvil de piedad.

Se sancionan con penas agravadas la inducción y el auxilio al suicidio que la propia producción de la muerte consentida y motivada por la compasión que, además, es susceptible de perdón judicial al arbitrio del juez.

6.2.3. PERÚ. No hay mucho que decir respecto del Código Penal del Perú de 1991, ya que básicamente, preceptúa en su artículo 112 que el consentimiento y motivación humanitaria atenúa la pena respecto del homicidio simple y sanciona con una pena privativa de libertad de no más de dos años a quien por piedad, mata a un enfermo incurable que lo solicita de manera expresa.

6.2.4. ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMÉRICA. El caso Karen Quinlan, originó una corriente de opinión en los Estados Unidos cada vez más favorable a restringir determinados tratamientos a los enfermos que se encuentran en fase terminal. El Tribunal concedor del caso afirmó sustancialmente que los intereses de Karen para la desconexión del respirador artificial eran superiores al interés del Estado en torno a la conservación de la vida cuando la autoridad médica hubiese establecido que no había ninguna posibilidad razonable de que la paciente hubiera sido capaz de retornar a una vida normal por ello, para esta situación, no habría ninguna responsabilidad civil ni penal para quienes, hubiesen desconectado el tubo para respiración artificial.

Posteriormente, en 1976, fue introducido por primera vez, en el Estado de California el “*living will*” o testamento vital⁷⁵ y, sucesivamente, otros 35 Estados han seguido este ejemplo. Los tribunales sostienen que este documento exonera a los médicos de toda responsabilidad civil y penal.

En 1994 fue aprobada una ley para la legalización del auxilio al suicidio en el Estado de Oregon, la cual ha sido impugnada por diversos organismos civiles y religiosos para evitar que llegue a tener efectividad. La Oregon Death with Dignity Act, establece que el paciente al que se haya diagnosticado una enfermedad en fase terminal puede solicitar por escrito que se le suministre los medicamentos adecuados para poner fin a su vida de manera humana y digna.

En el mismo año, el Tribunal de Washington consideró que la norma estatal que penaliza el auxilio al suicidio era contraria a la Decimocuarta Enmienda de la Constitución, y la decisión de suicidarse de un enfermo terminal es una de las libertades protegidas constitucionalmente.

En sentencia de 25 de junio de 1997, el Supremo tribunal de Estados Unidos ha establecido que la Constitución no reconoce el derecho de los enfermos terminales a solicitar a un médico que les ayude a morir; a partir de esto, los diferentes Estados de la Unión pueden declarar ilegal esa ayuda. Esta doble decisión del Tribunal Supremo divide a la población estadounidense por sus implicaciones éticas y legales y, en particular, por el sistema legal que supone el concepto de la denominada ayuda al suicidio; máxime, que el Tribunal Supremo reconoció en 1990 el derecho a morir, al determinar que la Constitución protege el rechazo de atenciones médicas no solicitadas que prolongan artificialmente la vida.

En general, en la doctrina y en la jurisprudencia americanas, el

⁷⁵ Documento en el cual una persona plena y legalmente capaz instruye previamente sobre la forma en que desearía ser asistida llegado el momento de padecer una enfermedad que por su naturaleza, le impida manifestar su voluntad en un instante determinado.

término “suicidio” se emplea normalmente en sentido restrictivo, para hacer referencia sólo a los casos en los que el paciente solicita que se le proporcione medicación o algún otro medio para poner fin a su vida, dejando fuera los casos en los que el enfermo solicita la interrupción del tratamiento, aunque esto signifique su muerte. La expresión “derecho a morir” es muy controvertida y es generalmente utilizada, en la doctrina y jurisprudencia americanas para aludir a los casos de interrupción de tratamientos de soporte vital. A través del derecho a la “privacy” o derecho a la intimidad, el Tribunal Supremo Federal estadounidense viene protegiendo, desde hace más de 40 años, decisiones individuales de carácter altamente personal, frente a la interferencia e interés estatal, ideología con la que simpatizamos de manera total.

6.3. SISTEMAS QUE, AUNQUE NO ESTABLECEN UNA REGULACIÓN ESPECÍFICA RESPECTO DE LA EUTANASIA, ES ADMITIDA CIERTA FLEXIBILIDAD A TRAVÉS DE SU JURISPRUDENCIA.

6.3.1. AUSTRALIA. En Victoria existe una ley de 1990 en virtud de la cual el paciente puede negarse a recibir tratamiento médico, impidiendo al médico iniciar o continuar un tratamiento a quien haya registrado su negativa.

La Natural Death Law en Australia del Sur y el Territorio del Norte regula la llamada *declaración vital*, instrucción previa con base en la cual el declarante no desea ser mantenido con vida si le sobreviene la incapacidad y contrae una enfermedad en fase terminal, lesión o degeneración de las facultades físicas o mentales, en virtud de lo cual, la muerte se produciría de manera inminente sin que pueda según los conocimientos médicos, esperar una recuperación.

En virtud de la Ley de los Derechos de los Enfermos Terminales del 24 de Mayo de 1995 y aprobada por el Parlamento del Territorio del

Norte, el enfermo terminal sometido a graves sufrimientos físicos y mentales podría solicitar ayuda para que le sea practicada la eutanasia, siempre que sea mayor de 18 años, lo solicite directamente, la enfermedad sea incurable y el propósito del tratamiento que reciba el paciente sea el de aliviar su dolor y sufrimiento, sin embargo, grupos del movimiento pro vida y la misma iglesia han conseguido desgraciadamente que el Parlamento australiano derogara la citada ley.

6.3.2. REINO UNIDO. Durante mucho tiempo el *Common Law* inglés consideró al suicidio como delito hasta que, en 1961, la *Suicide Act* estableció que la norma jurídica por la que se consideraba delito el suicidio se declaraba derogada, sin embargo, considera como delito el ayudar, aconsejar, facilitar a instigar a otros al suicidio.

En 1936 y 1969, se presentaron ante el Parlamento inglés proyectos de ley sobre eutanasia voluntaria. En febrero de 1993, la Cámara de los Lores autorizó la no-prolongación del tratamiento mecánico que mantenía en situación de vida vegetativa a Tony Bland, un joven de 21 años que había resultado gravemente lesionado por una avalancha de público en el estadio de fútbol de Hillsborough. Por lo que no se descarta la posibilidad, de que al igual que en los Estados de Norteamérica, este caso de pauta para la presentación de proyectos a favor de la legislación de la eutanasia y de una menor severidad por parte del parlamento para aprobarla.

6.3.3. FRANCIA. El Código Penal francés de 1994, no cuenta con ninguna regulación específica respecto de la eutanasia, así mismo, ni el móvil de compasión ni el consentimiento suponen la licitud de la ejecución de la muerte dulce, aunque estos dos factores pueden facilitar a los jueces la posibilidad de atenuar la pena.

6.4. LEGISLACIONES INTERNACIONALES QUE CONTEMPLAN LA REGULACIÓN DE LA MUERTE VOLUNTARIA. Este apartado se refiere a todos aquellos cuerpos legales de la esfera internacional que han aceptado la libre autodeterminación del paciente en las situaciones terminales de la vida, consintiendo de esta manera la inclusión en sus respectivas legislaciones de algunas formas de eutanasia o terminación voluntaria de la vida.

6.4.1. HOLANDA. LEY DE COMPROBACIÓN DE LA TERMINACIÓN DE LA VIDA A PETICIÓN PROPIA Y DEL SUICIDIO ASISTIDO.

La Ley de Comprobación de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Suicidio Asistido, publicada en el Boletín Oficial del Estado de los Países Bajos y vigente desde el 1° de abril del año 2002 se convierte en la primera legislación internacional de ésta década que regula, aunque con distinta denominación la figura de la eutanasia. Respecto de esta Ley, destacaremos los aspectos que resultan de mayor relevancia y que responden principalmente a los mecanismos adoptados por el Parlamento para frenar abusos durante la aplicación de la ley, los individuos que pueden ser sujetos a la aplicación de la misma, así como el mecanismo que deberá observar el médico al atender alguna petición de terminación voluntaria de la vida o de ayuda al suicidio, con el objeto de no incurrir en ninguna responsabilidad del orden penal.

Esta Ley es reglamentaria del párrafo segundo del artículo 293 del Código Penal holandés, numeral que ha sido modificado por la propia Ley de Comprobación de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Suicidio Asistido, en el artículo 20, Capítulo Cuarto denominado: “Modificaciones en otras leyes” para quedar como a continuación se describe: “**Artículo 20**

*El Código Penal va a ser modificado de la siguiente manera.
El artículo 293 pasa a tener el siguiente texto:*

Artículo 293.

1. *El que quitare la vida a otra persona, según el deseo expreso y serio de la misma, será castigado con pena de prisión de hasta doce años o con una pena de multa de la categoría quinta.*

2. *El supuesto al que se refiere el párrafo 1 no será punible en el caso de que haya sido cometido por un médico que haya cumplido con los requisitos de cuidado recogidos en el artículo 2 de la Ley sobre comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio, y se lo haya comunicado al forense municipal conforme al artículo 7, párrafo segundo de la Ley Reguladora de los Funerales”.*⁷⁶

En el Capítulo Segundo, apartado segundo del artículo 2 de esta ley, se establece que el médico podrá atender la petición de un paciente que cuente con 16 años de edad, que en pleno uso de sus facultades mentales, y previo razonamiento de sus intereses haya redactado una declaración por escrito que contenga la petición de terminar con su vida.

“Capítulo 2. Requisitos de cuidado y esmero profesional.

Artículo 2. *El médico podrá atender la petición de un paciente, que cuente al menos con dieciséis años de edad, que ya no esté en condiciones de expresar su voluntad pero que estuvo en condiciones de realizar una valoración razonable de sus intereses al respecto antes de pasar a encontrarse en el citado estado de incapacidad y que redactó una declaración por escrito que contenga una petición de terminación de su vida”.*⁷⁷

Sin embargo, la citada ley se muestra aún más flexible al señalar en el apartado cuarto del artículo 2 que en el supuesto de menores de hasta doce años de edad, se les podrá atender su propia petición de terminar con su vida o a una petición de auxilio al suicidio, siempre que se considere que el individuo está en condiciones de valorar razonablemente su

⁷⁶ <http://www.paisesbajos.com>.

⁷⁷ <http://www.paisesbajos.com>.

situación e intereses y además los padres o quienes ejerzan la patria potestad sobre ellos estén de acuerdo con la decisión del paciente.

*“4. En caso de que el paciente menor de edad tenga una edad comprendida entre los doce y los dieciséis años y que se le pueda considerar en condiciones de realizar una valoración razonable de sus intereses en este asunto, el médico podrá atender una petición del paciente de terminación de su vida o a una petición de auxilio al suicidio, en el caso de que los padres o el padre o la madre que ejerza(n) la patria potestad o la persona que tenga la tutela sobre el menor, esté(n) de acuerdo con la terminación de la vida del paciente o con el auxilio al suicidio. Se aplicará por analogía el párrafo segundo”.*⁷⁸

El capítulo tercero del ordenamiento legal en comento, señala en su artículo tercero la existencia de comisiones de carácter regional, encargadas de comprobar las notificaciones de los casos en que se ha llevado a cabo la extinción de la vida a petición propia o bien de los casos de auxilio al suicidio. Esto con el objetivo de frenar los abusos que pudieran cometerse, en el supuesto de cometer homicidios y dejarlos impunes bajo el argumento de que se ejecutaron por móviles de piedad y previo petición del paciente.

El apartado segundo del mismo artículo, establece la manera en que deberán estar integradas las comisiones regionales, las que se compondrán de un número impar de miembros, de los cuales al menos uno deberá ser jurista, y que a la vez será presidente, un médico y un experto en cuestiones éticas o en problemas de aplicación de las normas al caso concreto.

En el párrafo 4 denominado “Tareas y competencias”, artículos 8 al 10 de la Ley de Comprobación de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Suicidio Asistido, se establece la metodología que deberá observar la comisión regional con el fin de valorar si la actuación del

⁷⁸ <http://www.paisesbajos.com>.

médico frente a una petición voluntaria de la vida o de auxilio al suicidio ha sido la correcta, lo anterior atendiendo a lo establecido por el artículo 7, párrafo dos de la Ley Reguladora de los Funerales⁷⁹.

“Párrafo 4: Tareas y competencias

Artículo 8.

1. Partiendo del informe referido en el artículo 7, párrafo dos, de la Ley reguladora de los funerales, la comisión juzgará si el médico que ha realizado la terminación de la vida a petición del paciente o el auxilio al suicidio, ha actuado conforme a los requisitos de cuidado referidos en el artículo 2.

2. La comisión podrá solicitar al médico que complemente su informe por escrito u oralmente, en el caso de que esta medida se considere necesaria para poder juzgar convenientemente la actuación del médico.

*3. La comisión podrá pedir información al médico forense, al asesor o a los asistentes pertinentes, en el caso de que ello sea necesario para poder juzgar adecuadamente la actuación del médico”.*⁸⁰

“Artículo 9.

1. La comisión comunicará al médico por escrito su dictamen motivado dentro del plazo de seis semanas contadas a partir de la recepción del informe al que se refiere el artículo 8, párrafo primero.

2. La comisión comunicará su dictamen a la Fiscalía General del Estado y al inspector regional para la asistencia sanitaria:

⁷⁹ El párrafo segundo del artículo 7 de la Ley Reguladora de los Funerales señala:

2. En el caso de que el fallecimiento se haya producido como consecuencia de la aplicación de técnicas destinadas a la terminación de la vida a petición propia o al auxilio al suicidio, a los que se refiere el artículo 293, párrafo segundo y el artículo 294, párrafo segundo, segunda frase del Código Penal, el médico que trata al paciente no expedirá ningún certificado de defunción e informará inmediatamente, mediante la cumplimentación de un formulario, al forense municipal o a uno de los forenses municipales, de las causas de dicho fallecimiento. Además del formulario, el médico enviará un informe motivado sobre el cumplimiento de los requisitos de cuidado a los que se refiere el artículo 10 2 de la Ley de comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio.

⁸⁰ <http://www.paisesbajos.com>. Artículo 8.

a. en el caso de que, en opinión de la comisión, el médico no haya actuado conforme a los requisitos de cuidado referidos en el artículo 2; o

b. en caso de que se produzca una situación como la recogida en el artículo 12, última frase de la Ley reguladora de los funerales. La comisión comunicará esta circunstancia al médico.

3. El plazo citado en el apartado 1 podrá ser prolongado una sola vez por un máximo de seis semanas. La comisión se lo comunicará al médico.

4. La comisión tendrá competencia para dar una explicación oral al médico sobre su dictamen. Esta explicación oral podrá realizarse a petición de la comisión o a petición del médico”.⁸¹

“Artículo 10.

La comisión estará obligada a facilitar al fiscal toda la información que solicite y que sea necesaria:

1º para poder juzgar la actuación del médico en un caso como el referido en el artículo 9, párrafo segundo; o

2º para una investigación criminal.

Si se ha facilitado información al fiscal, la comisión se lo comunicará al médico”.⁸²

6.4.2. ESPAÑA. LEY DEL TESTAMENTO VITAL. En un país eminentemente influenciado por corrientes religiosas, no es ajena la inquietud de regular acerca de la terminación voluntaria de la vida, tal es el caso de la “*Ley sobre los Derechos de Información Concernientes a la Salud y a la Autonomía del Paciente*”, mejor conocida como “*Ley del Testamento Vital*” o “*Voluntades Anticipadas*”, publicada por el parlamento Catalán el 21 de diciembre del año 2000 en el Boletín Oficial, teniendo aplicación en la región de Cataluña y Aragón en España y en la cual ha influido considerablemente la iglesia a través de la Conferencia Episcopal Española.

⁸¹ <http://www.paisesbajos.com>. Artículo 9.

⁸² <http://www.paisesbajos.com>. Artículo 10.

El “Testamento Vital”, ha sido definido por el Gobierno Catalán como el “documento en el que cada persona podrá dejar constancia de cómo quiere ser atendida en caso de que sufra una enfermedad incurable, dolorosa y mortal, en la que haya perdido la capacidad de expresar su voluntad”⁸³

Legalmente, esta figura se encuentra definida en el artículo 8 de la Ley del Testamento Vital como documento de las voluntades anticipadas: “El documento de las voluntades anticipadas es el documento dirigido al médico responsable en el cual una persona mayor de edad, con capacidad suficiente y libremente, expresa las instrucciones a tener en cuenta cuando se encuentre en una situación en que las circunstancias que concurran no le permitan expresar personalmente su voluntad”

A diferencia del Estado holandés, España no se ha atrevido a legislar de fondo la figura eutanásica, sin embargo, comienza a otorgar las primeras pautas al permitir al menos, en algunas regiones como Cataluña y Aragón la legitimación de una forma de eutanasia pasiva a través de documentos que permiten a un individuo expresar anticipadamente la manera en que desee ser tratado, cuando sobrevenga una situación de enfermedad en fase terminal que por su misma naturaleza le impida expresar su voluntad.

Esta ley nos parece relevante por que en ella se reconoce el valor al derecho del paciente a una información clínica adecuada, a la intimidad y lo más importante a su autonomía y voluntad respecto de la manera en que desea ser atendido y sobre la actuación del personal sanitario llegado el momento de que la enfermedad arribe a una fase terminal que le impida manifestar en ese momento dicha voluntad como se desprende de los numerales 1 a 7 del ordenamiento legal invocado.

Por lo que respecta al derecho a la autonomía del paciente, el Capítulo 4, artículo 6 de la Ley en comento establece que cualquier

⁸³ <http://www.gencat.es/parlam/pdf/06b134.pdf>. Ley del Testamento Vital. Art. 8. Traducción: la autora.

intervención en el ámbito de la salud requiere del consentimiento del paciente, consentimiento que deberá otorgar previa información detallada y explícita del estado de salud en que se encuentra, el consentimiento deberá manifestarlo por escrito en los casos de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos invasivos y cuando se traten de llevar a cabo procedimientos que suponen riesgos e inconvenientes notorios y previsibles susceptibles de repercutir negativamente en la salud del paciente.

Otros aspectos importantes previstos por esta legislación, son las excepciones a la exigencia del consentimiento del paciente, en los casos en que:

- ▶ Existe riesgo para la salud pública, si lo exigen razones sanitarias de acuerdo con lo que establece la legislación que sea de aplicación.

- ▶ Cuando en una situación de riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo no es posible conseguir la autorización de éste o de sus familiares o de las personas a él vinculadas.⁸⁴

En atención a estas circunstancias, cuando a juicio del personal sanitario se deben tomar ciertas decisiones a favor del paciente, pero es un hecho casi imposible el obtener el consentimiento de éste, tiene lugar lo que la misma ley ha denominado *consentimiento por sustitución*, mismo que tendrá lugar en los siguientes casos:

- ▶ Cuando el enfermo, a criterio del médico responsable de la asistencia, no es competente para tomar decisiones, porque se encuentra en un estado físico o psíquico que no le permite hacerse cargo de su situación, caso en el cual el consentimiento debe obtenerse de los familiares del paciente o de las personas a él vinculadas.

⁸⁴ <http://www.gencat.es/parlam/pdf/06b134.pdf>. Ley del Testamento Vital. Art. 7. Traducción: la autora.

► En los casos de incapacidad legal, de acuerdo a lo dispuesto en el Código Civil.

► En el caso de menores, si éstos no son competentes, ni intelectual ni emocionalmente, para comprender el alcance de la intervención sobre su salud, el consentimiento debe darlo el representante del menor.⁸⁵

El artículo 8 de la *Ley del Testamento Vital*, además de establecerla definición legal del documento de las voluntades anticipadas, señala las formas a través de las cuales se puede llegar a formalizar este documento, como lo es que se realice ante un notario, caso en el que no requerirá de testigos, o bien, ante tres testigos mayores de edad y con plena capacidad de obrar de los cuales dos como mínimo no deben tener relación de parentesco hasta el segundo grado ni estar vinculados por relación patrimonial con el otorgante.

El apartado tercero del artículo 8 de la *Ley del Testamento Vital*, establece que no se deben tomar en consideración las voluntades anticipadas que incorporen previsiones contrarias al ordenamiento jurídico o a la buena práctica clínica, o que no correspondan exactamente con el supuesto de hecho que el sujeto ha previsto en el momento de emitirlas. En este caso podríamos pensar en el caso del paciente, que por cuestiones meramente anímicas, considera este documento como un medio eficaz para atraer la atención de familiares o amigos.

Finalmente, el apartado 4 del mismo numeral abunda sobre otro requisito de formalidad que debe reunir el testamento vital y consiste en que la persona que ha otorgado su voluntad anticipada, ya sea por ella misma, sus familiares o su representante deberá entregar el documento que la contiene al centro sanitario donde la persona es atendida, dicho documento deberá incorporarse a la historia clínica del paciente.

⁸⁵ <http://www.gencat.es/parlam/pdf/06b134.pdf>. Ley del Testamento Vital. Art. 7. Traducción: la autora.

6.4.3. BÉLGICA. PROYECTO DE LEY RELATIVA A LA EUTANASIA.

Este proyecto fue convertido en ley, por decreto del 28 de Mayo del año 2002, publicado en el *Moniteur belge*, Diario Oficial de ese país, entrando en vigor el día 22 de septiembre del mismo año. Este cuerpo legal es reglamentario del artículo 78 de la Constitución belga, según lo dispone el artículo 1 de la Ley relativa a la Eutanasia.

La Ley Belga relativa a la eutanasia, prevé explícitamente la figura de la eutanasia, la cual define como “el acto practicado por un tercero, quien pone intencionalmente fin a la vida de una persona a petición de esta”⁸⁶

Si observamos las anteriores legislaciones se muestran un poco más temerosas al reglamentar esta práctica, llamándola por otros nombres que le brindan matices quizás más tenues para la psicología de sus habitantes, regula además, las condiciones y el procedimiento que deberá seguir el facultativo a fin de no incurrir en ninguna clase de responsabilidad, debiendo cerciorarse de que:

◆ El paciente sea mayor de edad o menor emancipado, capaz y conciente al momento de realizar su demanda.

◆ La demanda sea formulada de manera voluntaria, reflexiva y reiterada, que no sea producto de una presión exterior.

◆ El paciente se encuentre en una situación médica que produzca un estado de sufrimiento físico o psíquico constante e insoportable que no

⁸⁶ www.senate.be. Loi relative à l'euthanasie. Artículo 2. Traducción: la autora.

pueda ser atenuado y que resulte de una afección accidental o patológica grave e incurable.⁸⁷

Además el apartado 2 del artículo 3, establece una serie de circunstancias que el médico deberá realizar y tomar en consideración en todos los casos que durante su experiencia profesional se presenten y que son:

◆ Informar al paciente de su estado de salud y esperanza de vida, concertar con el paciente sobre su demanda de eutanasia. Deberá llegar junto con el paciente a la convicción de que no existe alguna otra solución razonable en su situación y que la demanda del paciente es totalmente voluntaria.

◆ Asegurarse de la persistencia del sufrimiento físico o psíquico del paciente y de su voluntad reiterada.

◆ Consultar a otro médico sobre la gravedad e incurabilidad de la afección.

La demanda de eutanasia deberá ser realizada por escrito, signada y fechada por el paciente, en caso de que este estuviera impedido, lo hará una persona mayor de edad que no tenga interés alguno sobre el paciente, quien deberá especificar en la demanda las causas por las que el paciente está impedido para realizarla por sí mismo, este acto lo hará en presencia del médico responsable, tal y como lo señala el apartado 4 del numeral en estudio.

El paciente podrá revocar su demanda en todo momento.

Al igual que las leyes del Testamento Vital y de Comprobación para la Terminación de la Vida a Petición Propia y Auxilio al Suicidio, la ley belga regula la voluntad anticipada del paciente, y al respecto señala que todo mayor de edad o menor emancipado capaz puede, para el caso de que no pudiera manifestar su voluntad, estipular por escrito, en una

⁸⁷ www.senate.be. Loi relative à l'euthanasie. Artículo 3, apartado 1. Traducción: la autora.

declaración, su voluntad para que un médico practique la eutanasia una vez que éste médico compruebe que padece una afección accidental o patológica grave e incurable, que está inconsciente y que esta situación es irreversible según el estado actual de la ciencia, al llevar a cabo estas observaciones, se considera que el médico no incurre en ninguna infracción.

En este documento se podrán designar a una o más personas de confianza mayores de edad que pongan del conocimiento del médico tratante la voluntad del paciente. La declaración se puede realizar o revocar en cualquier momento, constar por escrito, y realizarse en presencia de dos testigos de los cuales al menos uno de ellos no deberá tener ninguna clase de interés con el paciente. Finalmente, el médico que haya practicado la eutanasia, deberá remitir el documento en el plazo de cuatro días a la Comisión Federal de Control y Evaluación a efecto de que esta evalúe si en la comisión del acto se observaron y aplicaron las reglas que regulan el procedimiento.

La Comisión Federal de Control y Evaluación es el organismo encargado de verificar la correcta observancia y aplicación de las disposiciones legales contenidas en la Ley Relativa a la Eutanasia, dicho organismo esta integrado por dieciséis miembros elegidos en base a sus conocimientos y experiencia en las materias propias de la competencia de la Comisión, de los cuales ocho serán doctores en medicina, cuatro serán profesores de derecho abogados y cuatro más serán personas encargadas de la problemática de los pacientes que son atendidos de una enfermedad incurable (tanatólogos).

6.4.4. ESTADOS UNIDOS. LEY DEL ACTO DE MUERTE CON DIGNIDAD. Prácticamente todos los Estados de la Unión Americana, a través de la "Death with Dignity Act", establecen que cuando como consecuencia de la interrupción de un tratamiento, realizada de acuerdo con la previa declaración del paciente, se produce la muerte, no constituyendo esta interrupción ningún suicidio u homicidio.

En esta Ley, se reconoce que: “Un adulto capaz, residente en el Estado de Oregon, cuya enfermedad haya sido determinada terminal por su médico y un consultante y exprese voluntariamente su deseo de morir, puede hacer un escrito requiriendo medicación para el propósito de poner fin a su vida conforme a lo que establece la ley”.⁸⁸

Las leyes autorizan a los médicos a no aplicar o a suspender la técnicas reanimadoras, siempre que los pacientes en estado terminal lo hayan solicitado previamente por escrito, por medio de documentos llamados “advance directives” o directivas previas como el testamento vital, llamado “living-will”. Por medio de estos documentos, los ciudadanos americanos pueden hacer una declaración acerca de qué tipo de tratamiento médico estarían dispuestos a aceptar y cuáles no, en la hipotética circunstancia de encontrarse incapacitado para decidir. El fundamento legal de estas directivas se encuentra en el Common Law y en la Constitución a través de la protección del derecho a la autonomía del individuo.

6.5. SITUACIÓN DE LA MUERTE VOLUNTARIA EN LA LEGISLACIÓN MEXICANA. La eutanasia es un término inexistente en el sistema jurídico mexicano, las personas pueden ejercer, mediante un testamento, el derecho de decidir sobre lo que habrá de hacerse después de su muerte, pero sólo en lo que se refiere a los bienes que conforman su acervo hereditario y los deberes que habrá de cumplir hasta entonces, según lo establece el artículo 1295 del Código Civil para el Distrito Federal y del Código Civil Federal respectivamente, sin embargo, ninguno de estos cuerpos legales en nada regulan sobre el derecho de la persona a decidir sobre su proceso de muerte.

Posiblemente, este atraso se deba a dos variables muy determinantes en la existencia de nuestro sistema legal, el primero; es el religioso que considera que la vida y la muerte son un proceso del dominio exclusivo de Dios, aunque desde una apreciación muy personal, resulta

⁸⁸ HURTADO OLIVER, Xavier. Op. Cit. Pág. 163.

más contradictorio con la voluntad de Dios el insistir en prolongar una vida que él ya decidió terminara.

En segundo lugar, se encuentra nuestro cuerpo de leyes, comenzando con la Carta Magna, que en su artículo 14, segundo párrafo, señala: “Nadie podrá ser privado de la vida, de la libertad o de sus propiedades, posesiones o derechos sino mediante juicio seguido ante los tribunales previamente establecidos, en el que se cumplan las formalidades esenciales del procedimiento y conforme a las leyes expedidas con anterioridad al hecho”⁸⁹

Por otro lado, por lo que al ámbito Penal se refiere, el artículo 302 del Código Penal Federal señala: “Comete el delito de homicidio el que priva de la vida a otro”.⁹⁰

El artículo 312 del mismo ordenamiento legal preceptúa: “el que prestare auxilio o indujere a otro para que se suicide será castigado condena de uno a cinco años de prisión; si la prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, la prisión será de cuatro a doce años”⁹¹

La Ley Sustantiva Penal aplicable en el Distrito Federal sanciona en su artículo 123 con pena de 8 a 20 años al injusto penal de homicidio.

El artículo 127 del Código Penal para el Distrito Federal tiene gran trascendencia, para nuestra investigación, ya que en él se prevé por primera vez el homicidio ocasionado por móviles de piedad, que deriva en una importante atenuación de la pena dicho numeral a la letra establece: “Al que prive de la vida a otro, por la petición expresa, libre, reiterada, seria e inequívoca de este, siempre que medien razones humanitarias y la víctima padeciere una enfermedad incurable en fase terminal, se le impondrá prisión de 2 a 5 años”.⁹²

⁸⁹ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Artículo 14, segundo párrafo.

⁹⁰ Código Penal Federal. Artículo 302.

⁹¹ Código Penal Federal. Artículo 312.

⁹² Código Penal para el Distrito Federal. Art. 127.

Por lo que en estas circunstancias esta entidad se colocaría dentro del marco legal de los países que regulan la muerte por piedad con una importante atenuación de la penalidad correspondiente al homicidio simple, como se señaló en líneas anteriores.

Hasta aquí nos queda claro que el sistema jurídico mexicano se muestra rígido en cuanto a la punibilidad que establece para todo aquel que prive de la vida a una persona, sin embargo, el Código Penal para el Distrito Federal ya considera a los móviles de piedad en el delito de homicidio simple, esta punibilidad se encuentra protegida constitucionalmente por el derecho a la vida, pero al respecto nos cuestionamos ¿Qué sucede con el aborto terapéutico o por violación recientemente despenalizado por la denominada “Ley Robles”?

Simplemente, los médicos y nuestros legisladores consideran que es una excepción a la regla, pero, ¿qué es lo que impide que sea otra excepción a la regla el derecho de un enfermo terminal para decidir sobre el modelo de su propia muerte? Consideramos que es una situación que ha pasado inadvertida, o al menos eso parece, por nuestro sistema legislativo, probablemente se deba a las implicaciones tan delicadas a las que se enfrentaría con grupos en pro de la vida y por todos los sistemas religiosos imperantes en México.

Sin embargo, hay que tomar en consideración que el derecho a la vida se encuentra previsto desde el Constituyente de 1914, época en la que la ciencia médica no se encontraba tan evolucionada y mucho menos en el ámbito de salud relativo a los medios de soporte artificial, por lo que la agonía de una persona que se encontraba en la fase terminal de un estado mórbido, no se veía innecesariamente prolongada, teniendo de esta manera el proceso de muerte un cauce normal.

Ahora bien, no debemos confundir el espíritu de la Constitución al querer proteger y garantizar la vida de toda persona (hecho con el que estamos totalmente de acuerdo), con la situación de los enfermos

terminales sin ninguna expectativa de recuperación, ya que en esta circunstancia no hablamos de acabar con la vida del paciente, puesto que, en estas condiciones, la vida de esa persona ya se extinguió por el continuo sufrimiento, la agonía y detrimento de la calidad de vida quedando únicamente un cuerpo que continua ejecutando las funciones vitales gracias al apoyo de medios de soporte artificial, los que al ser desconectados extinguirán totalmente las pocas funciones que subsistan.

Sin embargo, hoy en día no podemos estar, ni mucho menos permanecer indiferentes a la realidad que impera en nuestro país y que ha rebasado ya los alcances de nuestras leyes, sino más bien escuchar las necesidades de la sociedad actual, que se manifiesta a través de medios de comunicación tratando de ser escuchada, creemos que llegado el momento de sufrir un padecimiento, enfermedad de tal naturaleza, sin posibilidad alguna de recuperación y que además afecte en extremo nuestra calidad de vida, tenemos el derecho de solicitar al cuerpo sanitario que no se apliquen o en su caso que se suspendan los tratamientos ya iniciados, siendo que estos sólo prolongarían nuestra agonía y vida en el sentido meramente biológico.

Además debemos retomar las deficiencias que presenta el sistema de Salud Pública en nuestro país, por carecer de suficientes recursos humanos y económicos para mantener a la infinidad de pacientes que se encuentran en las condiciones ya definidas. Por otro lado, tenemos el sistema de Salud Privada, que se traduce en un sistema elitista al que la mayoría de nuestra población no tiene acceso, por los elevados costos de los servicios que este sistema ofrece, el ¿por qué? Obviamente por el ínfimo salario que recibe la clase trabajadora mexicana sólo alcanza para poder solventar los gastos más esenciales de subsistencia, pero nunca para poder cubrir, esta clase de imprevistos en una institución de salud privada, aunado al constante encarecimiento de la vida día con día.

CAPÍTULO SÉPTIMO

PROPUESTA DE INCLUSIÓN DEL "TESTAMENTO VITAL" PARA REGULAR LA MUERTE VOLUNTARIA EN LA LEGISLACIÓN MEXICANA.

7.1 RECONOCIMIENTO Y VALIDACIÓN DE LA VOLUNTAD CONSCIENTE, INFORMADA Y REITERADA DEL ENFERMO TERMINAL RESPECTO DE TERMINAR VOLUNTARIAMENTE CON SU VIDA

7.2 ADOPCIÓN EN LA LEGISLACIÓN MEXICANA DE UNA FIGURA JURÍDICA EQUIPARABLE AL MODELO ESPAÑOL DE "TESTAMENTO VITAL" COMO MEDIO DE MANIFESTACIÓN DE LA VOLUNTAD DEL ENFERMO EN FASE TERMINAL A EFECTO DE ESTAR EN POSIBILIDAD DE DECIDIR SOBRE LA TERMINACIÓN VOLUNTARIA DE SU VIDA

7.3 CONDICIONES QUE DEBERÁN SER OBSERVADAS EN LA LEGISLACIÓN MEXICANA ANTE LA POSIBLE ADOPCIÓN DE LA FIGURA JURÍDICA DEL "TESTAMENTO VITAL"

CAPÍTULO SÉPTIMO.
PROPUESTA DE INCLUSIÓN DEL “TESTAMENTO VITAL” PARA REGULAR LA MUERTE VOLUNTARIA EN LA LEGISLACIÓN MEXICANA.

7.1. RECONOCIMIENTO Y VALIDACIÓN DE LA VOLUNTAD CONCIENTE, INFORMADA Y REITERADA DEL ENFERMO TERMINAL RESPECTO DE TERMINAR VOLUNTARIAMENTE CON SU VIDA.

A lo largo del desarrollo de esta investigación, hemos tocado puntos elementales y muy sensibles que nos inducen a reflexionar a cerca de nuestro propio modelo de muerte, llegado el momento de padecer algún estado mórbido que arribe a una etapa terminal, con el cual nuestra calidad de vida se puede ver considerablemente deteriorada, de igual manera nos permiten reflexionar a cerca de la existencia de algún derecho o prerrogativa para decidir de manera conciente, voluntaria e informada sobre este modelo de muerte, bajo las condiciones antes mencionadas.

Al respecto, consideramos que efectivamente nos asiste el derecho para decidir el momento y la forma en que desearíamos poner fin a nuestra existencia, ante la presencia de las circunstancias descritas en las que la medicina no tenga los recursos necesarios para la cura o tratamiento de la enfermedad en fase terminal, cuyos síntomas nos produzcan extremos dolores que por su propia naturaleza no puedan ser soportados, y en donde nuestra existencia dependerá únicamente de aparatos de soporte técnico, colocando nuestra calidad de vida en un grave menoscabo al impedirnos seguir siendo un ente capaz de autodeterminarse.

Podremos sustentar nuestro criterio si recurrimos al estudio de algunos preceptos Constitucionales que consagran nuestro derecho a la

vida y algunos otros derechos que a pesar de encontrarse contemplados en nuestra Carta Magna, podemos ejercer de manera discrecional. Todos sabemos que uno de los derechos inherentes al hombre es la vida, sin importar edad, sexo, raza, posición social o creencias religiosas. Esto es indudable.

Pero existen como ya mencionamos, otros derechos, que podemos ejercer facultativamente, como por ejemplo, el artículo tercero Constitucional establece el derecho a la educación, el numeral cuarto Constitucional consagra la libertad que tiene toda persona en pareja para decidir el número y espaciamiento de sus hijos. Estos preceptos constitucionales nos dan la pauta para considerar que nuestra Carta Magna establece para cada ciudadano el derecho al libre desarrollo de la personalidad y no requerimos de más detalles para darnos cuenta que en el caso que aquí se plantea sobre las enfermedades en fase terminal, el desarrollo de la personalidad, la dignidad humana, la libertad ideológica y la prohibición de tratos inhumanos, sólo puede determinarse por cada uno de nosotros como titulares de esa vida Constitucionalmente protegida, en caso contrario esa libertad constitucional de desarrollar nuestra propia personalidad estaría totalmente coartada.

Bajo este contexto y realizando una estricta interpretación de uno de los principios básicos de Derecho Privado en un Estado Social y Democrático de Derecho, heredado de la Revolución Francesa que reza: *"para el particular lo no prohibido está permitido"* concluimos que en la causa que defendemos ninguna norma legal nos prohíbe disponer de nuestro propio modelo de muerte, por lo tanto, esta circunstancia debería considerarse permitida, máxime cuando nos encontramos ante el padecimiento de un estado mórbido en fase terminal.

Lo anterior de ninguna manera quiere decir que pretendemos imponer a todo enfermo en estado terminal esta decisión tan importante en su existencia, ya que como hemos dicho se trata de una prerrogativa

inherente a la autonomía y libre determinación de cada persona lo que lo convierte en un derecho discrecional y no en un imperativo.

Tampoco estamos forjando ni pretendemos realizar una apología del suicidio o de su inducción, así mismo no se trata de otorgar a la sociedad mexicana un elemento que sirva para satisfacer caprichos de personas egocentristas, que pretendieran hacer uso de este recurso sólo por llamar la atención, de sus familiares o del resto de la sociedad, por que hemos dejado claro, que este derecho sólo podrá ejercitarse cuando se padezca un estado mórbido irreversible, caso para el cual será de ayuda el respaldo de una previa valoración médica, realizada por el profesional de la salud, cuya especialidad dependerá de la naturaleza de la propia enfermedad.

Por lo anteriormente señalado, consideramos que no existen obstáculos que nos impidan reconocer en un nivel legal el derecho que tienen los enfermos terminales plena y legalmente capaces para elegir su propio modelo de muerte, acto que resulta necesario ante una realidad que ya ha superado nuestro actual cuerpo legislativo.

7.2. ADOPCIÓN EN LA LEGISLACIÓN MEXICANA, DE UNA FIGURA JURÍDICA EQUIPARABLE AL MODELO ESPAÑOL DE "TESTAMENTO VITAL" COMO MEDIO DE MANIFESTACIÓN DE LA VOLUNTAD DEL ENFERMO EN FASE TERMINAL A EFECTO DE ESTAR EN POSIBILIDAD DE DECIDIR SOBRE LA TERMINACIÓN VOLUNTARIA DE SU VIDA.

Una vez que hemos establecido la necesidad de reconocer el derecho a decidir sobre el modelo de nuestra propia muerte, es decir, la

forma en que desearíamos ser asistidos en el caso de que tal proceso sea consecuencia del estado terminal de una enfermedad, lo procedente es analizar los medios por los cuales podríamos hacer constar nuestra voluntad al respecto.

En capítulos anteriores, hemos señalado que algunos de los países que regulan la muerte voluntaria o bien la llamada eutanasia en sus correspondientes cuerpos legales, se auxilian con el empleo de ciertos documentos, a través de los cuales, el paciente que se encuentra en el estado terminal de un estado mórbido manifiesta la forma en que desearía ser asistido bajo estas condiciones, optando por que se le administren los tratamientos correspondientes, que se le suspendan dichos tratamientos o bien exprese su negativa a la aplicación de los mismos, constituyendo estos documentos la constancia de una expresión de la voluntad anticipada por parte del enfermo.

Estos documentos han sido denominados de diversas maneras tales como: "*Living will*", "*Documento de las voluntades anticipadas*", "*Testamento Vital*", "*Advance Directives*" cuya fórmula apareció en los Estados Unidos de Norteamérica, aproximadamente durante la época de los años setenta, con la adopción de la llamada "*Ley sobre la muerte natural (Natural Death Act)*", que surgió por la gran cantidad de demandas por responsabilidad civil ejercitadas en contra de administradores y profesionales médicos. De acuerdo a su naturaleza, el "*Testamento Vital*" tiene los siguientes objetivos:

I. Respetar el principio de autonomía del enfermo finalidad ética propia de las sociedades democráticas, característica de la que tanto se hace alarde hoy en día en nuestro país.

II. Dar un respaldo seguro para el paciente de que se respetarán sus deseos para el final de su vida, seguridad jurídica para la que es necesaria una norma que le otorgue fuerza legal.

III. Otorgar al profesional de la medicina, la seguridad jurídica de que no será perseguido penalmente por llevar a cabo acciones tendientes a respetar la voluntad del paciente y que conlleven el acortamiento de su existencia.

Simpatizamos con la adopción de estos documentos en la legislación mexicana, los que deberán ser considerados como un medio de transmisión y constancia de la voluntad de las personas, quienes en ejercicio de sus facultades mentales, de manera conciente, libre y debidamente informada, expresan la manera en que desearían ser asistidos en el supuesto de llegar a padecer alguna enfermedad en fase terminal, y que de acuerdo al avance de la ciencia médica y de los recursos con que en este ámbito se encuentre provisto nuestro país no tenga remedio alguno, negando así la posibilidad de recuperación del individuo; que le impida seguir ejerciendo toda clase de actos con plena autonomía, sometiéndolo por el resto de su existencia, a la dependencia de un tercero o de medios artificiales que prolonguen inútilmente su agonía y su existencia, pudiendo así, decidir someterse a la aplicación de tratamientos terapéuticos, negarse a ello o bien si estos ya han sido aplicados optar por cancelarlos. Sin embargo, diferimos un poco en cuanto a la denominación que se debe otorgar a estos documentos.

El término “testamento”, en nuestra legislación resulta más apropiado para referirnos al derecho de disposición sobre bienes, derechos y obligaciones que tiene un individuo después de sucedida su muerte, además cuenta con una serie de diferencias respecto del denominado “Testamento Vital”, ya que este último carece de toda solemnidad requerida para los testamentos comunes y por otro lado en los países en que se encuentra regulado el *Testamento Vital*, basta la presencia de dos testigos y la manifestación expresa del paciente de forma libre, conciente e informada para que el “testamento” pueda considerarse válido. Por estas consideraciones, nos permitimos sugerir el término de “*Manifestación anticipada sobre la muerte voluntaria*”, por ser el término más adecuado

en atención a los fines perseguidos con la suscripción de este documento, ya que en esta *Manifestación* la persona no va a emitir su voluntad respecto a la disposición de sus bienes materiales, sino únicamente sobre la forma en la desearía morir o en su defecto ser asistida ante el hipotético caso de llegar a sufrir una enfermedad en fase terminal irreversible que le impida llegado ese momento conducirse conciente y autónomamente sobre sus actos y lo sometan al sufrimiento de una agonía inútil.

7.3. CONDICIONES QUE DEBERÁN SER OBSERVADAS EN LA LEGISLACIÓN MEXICANA ANTE LA POSIBLE ADOPCIÓN DE LA FIGURA JURÍDICA DEL “TESTAMENTO VITAL”.

Sabemos que para que una determinada conducta pueda contemplarse en las leyes de un país, debe especificarse con precisión hasta el más mínimo detalle, con el ánimo de frenar los posibles abusos y arbitrariedades de cualquier individuo que trate de hacer manipulando la ley a su favor.

En el caso que nos ocupa, esta medida no es la excepción, e incluso se torna aún más delicada, ya que la ausencia de condiciones que prevean un procedimiento adecuado para la terminación voluntaria de la vida, podría desembocar en actos homicidas que sin lugar a dudas quedarían impunes, tras una falsa argumentación de haber causado la muerte de la persona por móviles de piedad y a petición expresa de la misma.

Es por esto que nos permitimos sugerir las siguientes condiciones que deberán tomarse en consideración para llevar a cabo un procedimiento que trate de ser en lo posible lo más confiable a efecto de desarrollar los actos que sean necesarios para respetar la última voluntad del enfermo en

fase terminal respecto a la manera en que deberá ser asistido en tales circunstancias, teniendo de esta manera un elemento en que podamos constatar la decisión del paciente.

La *Declaración Anticipada sobre la Muerte Voluntaria*, podrá ser regulada preferentemente por una ley especial en donde se establezca la naturaleza y alcance de la suscripción de este documento, así como el procedimientos a seguir para su correcto cumplimiento; o en su caso por la propia Ley General de Salud, situación en la cual, el citado ordenamiento legal, sufrirá las siguientes modificaciones en el Título Décimo Cuarto, Capítulo I, el que cambiará de nombre de "Donación, trasplantes y pérdida de la vida" a "Donación, trasplantes, manifestación anticipada sobre la muerte voluntaria y criterios de diagnóstico para la pérdida de la vida", de la misma forma el articulado sufrirá modificaciones en el numeral 313, relativo a la competencia que tiene la Secretaría de Salud en este marco, a este artículo se le agregará una tercera fracción en la que se establecerá:

"Artículo 313. Compete a la Secretaría de Salud:

III. Llevar un estricto control de las suscripciones del documento denominado *Manifestación anticipada sobre la muerte voluntaria* que se hagan de su conocimiento".

Para poder llevar a acabo este cometido, la Secretaría de Salud, podrá auxiliarse en términos de lo establecido por el artículo 2 del Reglamento Interior de la Secretaria de Salud de un organismo desconcentrado, a cuyo titular se le confiera fe pública para la suscripción preventiva del documento, así como de Comités de Bioética Médica para el caso de los enfermos en fase terminal que no hubieran el documento con anterioridad a su estado mórbido, creándose además una comisión de vigilancia que se dedicará a velar por la correcta observancia del procedimiento que para la suscripción de tal documento se establezca en el reglamento correspondiente.

En el artículo 314 del ordenamiento legal en cita, se establecerá la definición legal y la naturaleza del documento denominado *Manifestación anticipada sobre la muerte voluntaria*, para el efecto se adicionará la fracción XV al numeral en comento, cuya propuesta es la siguiente:

“Artículo 314. Para los efectos de este título se entiende por:

XV. *Manifestación anticipada sobre la muerte voluntaria*, todo aquel documento por medio del cual una persona mayor de edad, en pleno uso de sus facultades mentales, y de manera libre, conciente, informada y reiterada, unilateralmente plasma en él las indicaciones relativas a la forma en que deberá ser asistido para el caso de llegar a padecer la fase terminal e irreversible de una enfermedad, ya sea ordenando se le apliquen los tratamientos terapéuticos para conservar su existencia, se le suspendan, en el caso de haber sido ya administrados, o bien ordenando no le apliquen ninguno de dichos tratamientos, dejando transcurrir su normal proceso de muerte”

Por lo que hace al procedimiento que se deberá observar para la suscripción de la *Manifestación anticipada sobre la muerte voluntaria*, este se regulará en un reglamento especial, cuya denominación podría ser la siguiente: “Reglamento de la Ley General de Salud en materia de suscripción de la *Manifestación anticipada sobre la muerte voluntaria*”. Para la conformación de dicho procedimiento, nos permitimos manifestar las siguientes sugerencias:

1.- En primer plano, la persona que pretenda suscribir dicho documento, deberá ser plena y legalmente capaz, dictamen que se realizará por el médico tratante y/o por el especialista en salud mental designado para tal fin.

2.- La suscripción deberá ser completamente voluntaria, conciente, informada y ratificada, en cualquier momento.

3.- La suscripción de este documento podrá realizarse ante fedatario público sin que esto constituya un requisito esencial, ya que bastará el hecho de estar firmado por cuatro testigos, de los cuales dos no deberán tener ningún vínculo de parentesco con el signante y dos más que deberán ser familiares o representantes legales en su caso.

4.- La suscripción de la *Manifestación anticipada sobre la muerte voluntaria*, se podrá realizar bajo dos circunstancias hipotéticas, a saber:

a).- Cuando la persona que lo suscribe no padezca un estado mórbido en fase terminal, pero de manera libre, conciente e informada decide prever esta situación, para el caso de que de actualizarse dicha hipótesis pudiera estar impedida para manifestar expresamente la decisión sobre su propia muerte.

b).- Cuando la persona que lo suscribe, es víctima ya de una enfermedad en fase terminal, pero que de la misma manera libre, conciente e informada decide disponer sobre la forma de su propia muerte.

En el primer caso, el suscriptor podrá acudir directamente a registrar su solicitud ante el órgano desconcentrado que la propia Secretaría faculte en su Reglamento Interior, pudiendo ratificar dicha solicitud en cualquier momento.

Por lo que hace a la segunda hipótesis, aquí la suscripción la podrá realizar el paciente ante el propio Comité de Bioética Médica, de la institución que preste el servicio el que analizará y dictaminará su procedencia o en caso contrario su improcedencia.

Así como la suscripción, la revocación de este documento podrá realizarse en cualquier momento, sin más trámite que la sola voluntad del suscriptor.

5.- Una vez que se actualice la hipótesis prevista por el suscriptor de la manifestación anticipada sobre la muerte voluntaria o en su caso el enfermo ya padezca una enfermedad en fase terminal, el médico responsable deberá remitir, después de haber recabado la información necesaria un informe debidamente firmado, manifestando su punto de vista sobre la conveniencia o inconveniencia de respetar la voluntad del paciente y, para efectos de aprobar la procedencia de la solicitud de muerte voluntaria, deberá remitir al Comité de Bioética Médica de la Institución copia del documento suscrito por el paciente, así como el expediente clínico del paciente agregando al mismo dos dictámenes realizados por dos médicos especialistas en la enfermedad de que se trate, en los que efectivamente se determine la terminalidad e irreversibilidad de la enfermedad, dichos peritos que podrán ser designados por el propio paciente, por sus familiares o en su caso por Director del Centro Hospitalario a petición de los familiares.

6.- Remitidos el expediente clínico del paciente, la suscripción de la *Manifestación anticipada sobre la muerte voluntaria* y los dictámenes médicos, Comité de Bioética, procederá a autorizar o en su caso prohibir al médico la realización de los actos que sean necesarios para llevar a acabo la voluntad del paciente. Hecho lo anterior, el Comité de Bioética procederá a remitir las constancias a la Comisión de Vigilancia con el objetivo de verificar si el procedimiento se llevó a cabo conforme a la ley, de lo contrario, dará vista de las anomalías suscitadas durante el procedimiento al Ministerio Público Federal, quien ejercitará acción penal, en caso de encontrar elementos constitutivos de delito, en contra de quien resulte responsable.

7.- El certificado de defunción deberá ser firmado por todos los médicos que hubieran intervenido en el caso, avalado por el Comité de Bioética Médica de la Institución de que se trate.

CONCLUSIONES.

CONCLUSIONES.

Antes de comenzar a formular las conclusiones correspondientes, queremos ofrecer una disculpa a nuestros lectores si en algún momento llegamos a confundirlo o pareció que pretendíamos desviarlo del ámbito jurídico al tratar diversos aspectos médicos de la muerte y de las enfermedades en fase terminal irreversible, sin duda alguna esta circunstancia en ningún momento constituyó nuestro objetivo, pero en virtud de la naturaleza intrínseca de nuestro trabajo resultó necesario introducirnos al ámbito médico, sin embargo, las conclusiones que a continuación se presentan son de naturaleza jurídica que tratan de sintetizar las propuestas otorgadas a lo largo de esta investigación, que si bien es cierto, no es tan amplia esperamos que en un futuro, las propuestas y la información aquí plasmadas puedan ser de ayuda para futuras generaciones que sin duda seguirán luchando para integrar a nuestra legislación el pleno derecho que asiste a una persona plena y legalmente capaz de decidir respecto de su propia muerte, porque una sociedad que descuida o abandona a los moribundos de un modo tan despiadado, no tiene la fuerza moral para exigir un ánimo imperturbable en los mismos, ni mucho menos debe sorprenderse de que haya personas que ante los trágicos e incontrolados sufrimientos, que implica el proceso de muerte, soliciten, la benevolencia y generosidad de los profesionales de la salud para que el momento de su muerte sea más digno y menos cruel, de tal manera que nuestras conclusiones son las siguientes:

PRIMERA.- El constante avance de la ciencia y la tecnología, permiten en la actualidad, en muchos de los casos prolongar la existencia de los enfermos terminales de una manera que resulta inútil y dolorosa.

SEGUNDA.- En este trabajo se establece la diferencia existente entre la figura eutanásica y la muerte voluntaria; manifestando que el primer concepto se refiere a toda aquella conducta sea activa u omisiva que tiene por objeto provocar la muerte sin sufrimiento en personas aquejadas

por los dolores de una enfermedad en fase terminal irreversible, pudiendo o no preceder la voluntad del paciente, en este último caso la decisión se tomará por los propios familiares o en su caso por los profesionales de la salud; en tanto que la muerte voluntaria será aquella figura en la que se realizarán los actos necesarios y tendientes a respetar la voluntad del paciente, previamente plasmada en la Manifestación anticipada sobre la muerte voluntaria, exclusivamente con relación a la manera en que deseará ser asistido, cuando le sobrevenga el padecimiento de alguna enfermedad en fase terminal irreversible en la que se permita su ejecución.

TERCERA.- En muchas ocasiones, y principalmente en los centros hospitalarios de carácter privado, debido a factores de carácter meramente mercantil se aplican técnicas de reanimación infructuosas o medios extraordinarios de soporte vital que no hacen otra cosa que someter al paciente al fenómeno que hoy en día conocemos como encarnizamiento o ensañamiento terapéutico, mientras que en el ámbito de los servicios de salud públicos lo que generalmente se persigue al emplear medios extraordinarios de soporte artificial en enfermos con una enfermedad en estado terminal irreversible, con la finalidad de investigación ejercida sobre el paciente a costa de su sufrimiento.

CUARTA.- En el punto cuarto de la Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, elaborada con la intervención de diversas instituciones mexicanas de salud bajo la coordinación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, se consigna el derecho a “Decidir libremente sobre su atención”, del que se desprende que el enfermo, o en su caso el responsable, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes en fase terminal.

QUINTA.- No obstante lo anterior, no existe de manera expresa en nuestra legislación, una norma que prohíba a los médicos los actos

distanásicos y de encarnizamiento terapéutico, como es el caso del artículo 28 del Código Deontológico Médico de España, y analizado en el Capítulo Cuarto de nuestro trabajo y que a la letra dice: "En caso de enfermedad incurable y terminal el médico debe limitarse a aliviar el dolor físico y moral del paciente manteniendo en todo lo posible la calidad de vida que se agota y evitando emprender o continuar acciones terapéuticas inútiles u obstinadas".

SEXTA.- De igual manera, en la Declaración de Venecia de la Asociación Médica Mundial sobre la Enfermedad Terminal, adoptada por la 35ª Asamblea Médica Mundial, en Venecia, Italia, de octubre de 1983, en su punto 3.2 se encuentra señalado que: " El médico debe evitar emplear cualquier medio extraordinario que no tenga beneficio alguno para el paciente".

SÉPTIMA.- Todo lo anterior, nos conduce a la urgencia de establecer en nuestra legislación, ya sea en el Código de Salud o en su caso en alguna legislación especial, los derechos que son inherentes al paciente y en donde se abran de retomar los conceptos de rechazo al encarnizamiento terapéutico y distanasia, adoptados por el Código Deontológico Español y en la Declaración de Venecia de la Asociación Médica Mundial sobre la Enfermedad Terminal.

OCTAVA.- De igual manera, existe la necesidad de incorporar en la legislación mexicana una figura similar a la del "Testamento Vital" español, consistente en un en la declaración unilateral de una persona plena y legalmente capaz, plasmada en un documento, en el que expresará su voluntad respecto de la manera en que desea ser asistida llegado el momento en que padezca una enfermedad en fase terminal e irreversible, que le pudiera impedir en ese momento expresar libremente y con plena lucidez su voluntad.

NOVENA.- La figura equiparable al “Testamento Vital” español, deberá regularse por nuestra legislación, ya sea por la propia Ley General de Salud o bien por alguna legislación especial con la siguiente denominación: “*Manifestación anticipada sobre la muerte voluntaria*”, toda vez que este término nos resulta más apropiado en atención al objetivo que se persigue con la suscripción de dicho documento, como lo es el derecho a decidir la manera en que desearíamos ser asistidos llegado el momento de padecer alguna enfermedad en fase terminal, siendo que el término “testamento” nos induce más bien a la idea de disposición de todo o parte de nuestros bienes después de sucedida nuestra muerte.

DÉCIMA.- El documento señalado en el punto que antecede, podrá suscribirse bajo dos circunstancias:

a).- Cuando una persona mayor de edad, en pleno uso de sus facultades mentales y que sin padecer alguna enfermedad en fase terminal, de manera libre, responsable e informada decide mantener bajo control su asistencia llegado el momento en que pudiera sufrir algunos de estos estados mórbidos avanzados hacía una fase terminal.

b).- Cuando una persona mayor de edad, sometida ya al padecimiento de una enfermedad en fase terminal irreversible, con absoluta conciencia y ejercicio de sus facultades mentales, de manera libre, responsable e informada decida la aplicación de medios terapéuticos extraordinarios, la suspensión de estos para el caso de que hayan sido iniciados o bien su negativa a la aplicación de los mismos.

La “Manifestación anticipada sobre la muerte voluntaria” podrá revocarse en cualquier momento en decida el suscriptor, caso para el cual bastará únicamente la voluntad informada del mismo.

DÉCIMO PRIMERA.- El procedimiento de suscripción y ejecución de la *Manifestación anticipada sobre la muerte voluntaria*, deberá estar regulado preferentemente en un ordenamiento especial, o en su defecto en la Ley General de Salud cuya denominación pudiera ser “Reglamento de la Ley General de Salud en materia de suscripción de la

Manifestación anticipada sobre la muerte voluntaria”, con lo que la Ley General de Salud se verá modificada en sus artículos 313 y 314, en los que se resolverá sobre la competencia de la Secretaría en esta materia y sobre la definición legal y naturaleza del documento respectivamente.

DÉCIMO SEGUNDA.- El ser humano tiene capacidad y derecho a decidir sobre el momento y modo de su propia muerte, por ello, junto al derecho a la vida debería reconocerse el derecho a la muerte, sin que esto constituya por nuestra parte una apología hacia continuos homicidios o suicidios inducidos, sino únicamente para reconocer y otorgar al enfermo en fase terminal el derecho a negarse a seguir coaccionado para continuar existiendo y prolongar una agonía interminable, inhumana e inútil.

BIBLIOGRAFÍA

APPENDINI, Ida. Historia universal. Editorial Porrúa, 8ª edición, México, D.F., 1971.

ARISTÓTELES. Ética nicomaquea. Editorial Porrúa, Colección Sepan Cuantos, 18ª edición, México, D.F., 1999.

BRAVO LAMOSAS, José Luis. Muerte real. Editorial Lito Martín, México, 1979.

CID, Carlos. Historia de las religiones. Editorial Sopena, Barcelona, 1965.

DE LEÓN PORTILLA, Miguel. Los antiguos mexicanos. Editorial Fondo de Cultura Económica. México, 1980.

FRARACCIO V., José Antonio. Medicina legal. Conceptos clásicos y modernos. Editorial Universidad, Buenos Aires, 1997.

GÓMEZ BERNAL, Eduardo. Tópicos médicos forenses. Editorial Sista, México, 1989.

HURTADO OLIVER, Javier. El derecho a la vida ¿y a la muerte?. Editorial Porrúa, México, 1999.

KANT, Emmanuel. Fundamentación de la metafísica de las costumbres. Editorial Planeta, Barcelona, 1997.

KRAUS, Arnoldo. Eutanasia. Editorial Conaculta, México, 1998.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. La rueda de la vida. Ediciones B. 9ª edición, Barcelona. 2003.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. Sobre la muerte y los moribundos. Editorial Grijalbo, Barcelona, 1989.

LEIBINIZ, Gottfried Wilhelm. Discurso de metafísica, Sistema de la naturaleza, Nuevo tratado sobre el entendimiento humano, Monadología, Principios sobre la naturaleza y la gracia. Estudio introductivo de Francisco Larroyo. Editorial Porrúa, México, 1991.

MARQUEZ, Francisco. Platón. La República. Diálogos. Colección: Obras selectas. Madrid, España, Editorial Edimat, 2000.

MARTÍNEZ Y MARTÍNEZ, Roberto. La salud del niño y del adolescente. Tomo I. Editorial Salvat Mexicana, México, 1982.

NUÑEZ PAZ, Miguel Ángel. Homicidio consentido, eutanasia y derecho a morir con dignidad. Editorial Tecnos, México, 1999.

QUIROZ CUARÓN, ALFONSO. Medicina forense. 2ª. Edición, Editorial Porrúa, México, 1980.

RALUY POUDEVIDA, Antonio. Diccionario Porrúa de la Lengua Española. Editorial Porrúa, México, 1982.

SIERRA, Justo. Historia de la antigüedad. Editorial UNAM, México, D.F., 1948.

STARR G. Chester. Historia del mundo antiguo. Editorial Akal editor, Madrid, 1974.

URRACA MARTINEZ, Salvador. Eutanasia hoy. Un debate abierto. Editorial Noesis, Madrid, 1995.

VAZQUEZ, Rodolfo. Bioética y derecho. Editorial Fondo de Cultura Económica, 2ª. Edición, México, 2002.

XIRAU, Ramón Introducción a la historia de la filosofía. Editorial UNAM, 13ª edición, México, D.F., 2001.

HEMEROGRAFÍA

CHÁVEZ, Ignacio. Morir digno y decisión médica. Symposium de Institutos Syntex sobre Eutanasia. México, 1978.

DIAZ ARANDA, Enrique. Eutanasia: ¿Derecho a morir con dignidad? Revista de la Facultad de Derecho de México. UNAM. Tomo XLIV. Enero-Abril. Núm. 193-194.

LUNA MALDONADO, A. y OSUNA CARRILLO DE ALBORNOZ E, La muerte como fenómeno social. Eutanasia y Distanasia. Revista Mexicana de Justicia. Nueva época, número 10, 2000, México.

MORALES JUVERA, Edgar. A favor de la "buena" Eutanasia. Medicina y ética. Revista Internacional de Bioética, Deontología y Ética Médica. Volumen II, número II, Julio-Septiembre, 1992. México.

PADILLA GONZALEZ, Bonifacio. Eutanasia. Revista de Investigaciones Jurídicas. Año 21, número 21, México, 1997.

LEGISLACIÓN

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Ley General de Salud.

Código Civil Federal.

Código Civil para el Distrito Federal.

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.

OTRAS FUENTES

Enciclopedia Microsoft. Encarta 2000. 1993-1999. Microsoft Corporation.

<http://www.cucaiba.gba.gov.ar/entrevista.htm>

www.youngwomenshealth.org/spsyphilis.html

<http://www.unav.es/cdb/ammvenecia2.html>

<http://www.lasemanajuridica>

<http://www.entornomedico.org/medicos/tanatología/palia.html>

<http://www.cimacnoticias.com>

www.historiasiglo20.org/BIO/franco.htm

<http://www.paisesbajos.com>

<http://www.gencat.es/parlam/pdf/06b134.pdf>

www.senate.be