



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES.

CAMPUS ARAGÓN

**MODIFICACIÓN AL ARTÍCULO 345 DE LA LEY
GENERAL DE SALUD, RESPECTO A LA UNIFICACION
DE LA DECISIÓN DE LOS FAMILIARES PARA LA
PRÁCTICA DE LA EUTANASIA PASIVA.**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN DERECHO
P R E S E N T A :
THELMA ILIANA SULVARÁN NAVA

ASESOR :
LIC. IVÁN RAMÍREZ CHAVERO



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.

AGRADEZCO INFINITAMENTE A DIOS:

*POR PERMITIRME ESE GRAN PRIVILEGIO QUE SE LLAMA VIDA,
ASÍ COMO OTORGARME EL LIBRE ALBEDRÍO PARA ELEGIR MI
DESTINO.*

A MI MADRE:

*POR INCULCARME QUE LA PERSEVERANCIA Y LA DEDICACIÓN
SON LAS MEJORES ARMAS QUE SE TIENEN PARA ENFRENTARSE
A LA VIDA, LLEVÁNDOME A SER UNA PROFESIONISTA, POR LO
QUE LE DEDICO TODOS MIS LOGROS.*

A MIS HERMANOS:

*MARICELA, JULISSA, SANDRA, JESSICA, ZAIRA Y OSVALDO,
QUIENES ME HAN ALENTADO PARA SEGUIR ADELANTE Y ME
HAN BRINDADO UN GRAN SOPORTE.*

A MI NOVIO:

*QUE CON SU APOYO Y AMOR INCONDICIONAL HA MOSTRADO
UNA FUERTE DEDICACIÓN AL AYUDARME A CUMPLIR MIS
OBJETIVOS.*

A MIS AMIGOS:

*LUCY, ROSA, ALEJANDRA, ISMAEL, CARMEN, NASSANI Y
LAURA, QUIENES COMPARTIERON CONMIGO LA EXPERIENCIA
DE SER UNIVERSITARIA Y ME APOYARON EN LOS MOMENTOS
MAS DIFÍCILES DE LA CARRERA.*

A MI ASESOR:

*QUE HA SIDO PIEZA CLAVE PARA LA REALIZACIÓN DE ESTE
TRABAJO, YA QUE SIN SU ORIENTACIÓN NO HUBIESE SIDO
POSIBLE.*

A LA UNAM:

*POR BRINDARME LA GRAN OPORTUNIDAD DE PERTENECER A
ELLA, ASÍ COMO TAMBIEN, AGRADEZCO A TODOS Y CADA UNO
DE LOS PROFESORES QUE A LO LARGO DE LA CARRERA
SEMBRARON EN MI UNA PARTE DE SUS CONOCIMIENTOS.*

INDICE

Introducción.

CAPITULO 1

Bosquejo histórico.

1.1	Época primitiva.	1
1.2	Roma y Grecia.	3
1.3	Edad Media.	6
1.4	Los nazis.	7
1.5	Primeros proyectos de autorización.	11
1.5.1	Alemania.	11
1.5.2	Australia.	13
1.5.3	Checoslovaquia.	13
1.5.4	España.	14
1.5.5	Estados Unidos.	14
1.5.6	Holanda.	15
1.5.7	Inglaterra.	18
1.5.8	Italia.	19
1.6	Reglamentación internacional de la eutanasia.	20
1.7	Eutanasia e iglesia.	27

CAPITULO 2

Concepto y tipos de eutanasia.

2.1	Conceptos de eutanasia.	31
2.2	Diferentes tipos de eutanasia.	34

2.2.1 Eutanasia eugénica.	35
2.2.2 Eutanasia pasiva (ortotanasia y distanasia).	36
2.2.3 Eutanasia activa.	38
2.2.4 Eutanasia económica.	39
2.2.5 Eutanasia judicial.	39
2.2.6 Eutanasia neonatal.	40
2.2.7 Eutanasia lenitiva.	40
2.3 Eutanasia y homicidio piadoso.	40
2.4 Eutanasia y suicidio asistido.	46
2.5 El derecho a morir.	50
2.6 El derecho y la dignidad humana.	55

CAPITULO 3

Análisis del artículo 345 de la Ley General de Salud.

3.1 Signos negativos de la vida.	60
3.2 Diagnostico de la muerte cerebral.	62
3.3 Definición de muerte clínica.	72
3.4 Medios médicos artificiales utilizados para mantener viva a la persona.	74
3.5 ¿Prolongación de la vida o de la muerte?	76
3.6 Derecho constitucional de la vida.	80
3.7 La vida como bien jurídico tutelado.	83

CAPITULO 4

Propuesta de reforma al artículo 345 de la Ley General de Salud.

4.1 Información médica que deben tener los familiares.	87
4.2 Controversia familiar creada por la generalidad del artículo 345 de la Ley General de Salud.	99
4.3 A quien le asiste el derecho.	91
4.4 La problemática legal.	92
4.5 Necesidad de testamentos vitales.	95
4.6 Unificación de criterios por parte de los familiares.	99
4.7 Propuesta para lo que debe especificar la ley.	100
Conclusiones.	102
Bibliografía.	107

INTRODUCCIÓN.

La eutanasia ha sido practicada desde la antigüedad, en todas las culturas, dándosele diferentes enfoques, se habla de la eutanasia practicada como forma de purificación de la raza humana, en épocas remotas, en tiempos mas actuales como la forma de acabar con el sufrimiento de algún enfermo, ya sea de forma directa quitándole la vida, o cuando se trata de reducir la agonía de una persona a la que se le deja de suministrar medicamentos con el fin de hacer menos penosa la muerte.

Se hace un breve estudio acerca de lo que es la eutanasia, los diferentes conceptos que se tienen, y los tipos que existen, desmembrándola para enfocar su estudio solo a la eutanasia pasiva que es a la que se refiere nuestra Ley General de Salud. Encontrando que Holanda es el primer país que la legaliza, mientras que en otros tantos se penaliza. En nuestro país se tiene reglamentada para ser aplicada sólo en caso de muerte cerebral.

El artículo 345 de la Ley General de Salud, indica lo siguiente: "No existirá impedimento alguno para que a solicitud o autorización de las siguientes personas: el o la cónyuge, el concubinario, la concubina, los descendientes, los ascendientes, los hermanos, el adoptado o el adoptante; conforme al orden expresado; se prescindan de los medios artificiales que evitan que en aquel que presenta muerte cerebral comprobada se manifiesten los demás signos de muerte a que se refiere la fracción II del artículo 343."

El trabajo de investigación es dividido en cuatro capítulos, en los cuales se desglosan de la siguiente forma: en el capítulo uno se da un bosquejo histórico acerca de la eutanasia, los primeros proyectos de autorización y su relación con la iglesia; en el capítulo dos, se abordara el concepto, su clasificación, diferenciación con otras figuras y el derecho del hombre para practicarla; en el capítulo tres, se hará un análisis del artículo en cuestión; y en el cuatro, se habla de la propuesta que se hace, previo análisis del artículo 345 de la Ley General de Salud.

Mi propuesta es reformar el artículo 345 de la citada ley, para estipular de forma clara y precisa la forma en que debe llevarse acabo el consenso para autorizar la eutanasia cuando exista controversia, o cuando sean más de dos los familiares que tengan el mismo derecho de decisión, debiendo resolverse por medio de la unificación de criterios que serán exteriorizados por escrito por parte de los familiares.

CAPITULO 1

BOSQUEJO HISTÓRICO

1.1 ÉPOCA PRIMITIVA.

Se tiene que muchos de los pueblos primitivos más que la eutanasia practicaban una forma de eugenesia, modo selectivo de eliminar a los más débiles, deformes, dementes y ancianos, purificando así, según ellos, a sus pueblos, evitando con ello que la sociedad tuviera cargas innecesarias y preocupándose por las generaciones venideras, de algún modo un tipo de pensamiento más que primitivo, bárbaro e injustificable.

La palabra eugenesia proviene de dos voces griegas: eu-bueno, y genesia-genes, de la cual se deriva la palabra engendrar, definiéndose como el estudio de los agentes bajo el control social que puede mejorar o empobrecer las cualidades raciales de las futuras generaciones, ya fuese física o mentalmente.

"Los brahmanes tenían la costumbre de matar o abandonar en la selva a los niños que después de dos meses de nacidos les parecían de mala índole. El Código de Manú prohíbe contraer matrimonio a los miembros de familias enfermas y a los sujetos aquejados de taras".¹ Los espartanos daban muerte a los bebes desprovistos de vigor o contrahechas, por considerarse carga para el Estado.

¹ JIMÉNEZ DE ASÚA, Luis, Libertad de amar y derecho a morir, Editorial de Palma, Buenos Aires 1984, p.5.

Se tienen como formas primitivas de la eutanasia a las tribus antiguas, en las cuales se era presa fácil de las bestias feroces y los elementos de la naturaleza, por lo que en la lucha por la supervivencia no se podía proteger a los inútiles ni procurarles alimento, por lo que se prefería anticiparles la muerte librándolos así de posibles sufrimientos, al igual en algunos grupos salvajes, se les imponía como obligación sagrada al hijo darle buena muerte al padre viejo y enfermo.

En los campos de batalla se acostumbró por mucho tiempo, que entre compañeros se rematará a los heridos, evitando que se convirtieran en esclavos de sus enemigos en donde seguro iban a ser torturados. En la India los incurables eran conducidos por sus familiares y amigos al borde del río Ganges, al cual se les arrojaba llenándoles previamente las narices y la boca con barro.

En la misma Biblia se mencionan casos de eutanasia, en el Libro Segundo de Samuel, se narra como Saúl mal herido por una lanza que no le daba muerte por lo espeso de la armadura, tratando en vano de morir, le pide a un Amalecita que le ayude a dejar de sufrir, "Yo te ruego dijo Saúl al Amalecita que te pongas sobre mí y me mates, porque me toman angustias y toda mi alma está aún en mí. Y el Amalecita confesó a David: Yo entonces púseme sobre él porque sabía que no podía vivir después de su caída..."² No hay que perder de vista que la Biblia considera a la vida como un derecho universal.

²DIAZ ARANDA, Enrique, Del suicidio a la eutanasia, Cárdenas Editor Distribuidor, México 1998, p. 6.

“Abimelec, en su lucha para conquistar la ciudad de Tebes, intentaba incendiar la puesta de una de sus torres cuando una mujer, arrojando desde arriba un pedazo de una piedra de molino, dio con ella en la cabeza de Abimelec, y le rompió el cerebro. Entonces Abimelec, llamando a toda prisa a su escudero, le dijo: Saca tu espada y mátame, porque no se diga que fui muerto por una mujer. El escudero, ejecutando el mandato, le acabó de matar”.³

Luego entonces, se tiene, que depende mucho del tipo de cultura que se estudie para considerar si la eutanasia, en la época primitiva, era practicada de forma abierta o con ciertas limitantes, ya que para algunos grupos era hasta cierto modo sagrada, necesaria o por cuestiones de honor, mientras que para otras, era sinónimo de crueldad u homicidio.

1.2 ROMA Y GRECIA.

Para los filósofos el suicidio fue considerado como un acto heroico, “Hegesias fue célebre por las descripciones elocuentes que hizo sobre las miserias de la vida y la felicidad de la muerte voluntaria. Sus discursos desencadenaban suicidios en masa, por lo cual el rey Ptolomeo le prohibió hablar en público sobre este tema”.⁴

Sócrates creía que el suicidio ofendía al Estado, en ese tiempo al suicida se le cortaba la mano derecha, se le enterraba lejos de los terrenos del pueblo, y sus descendientes perdían derechos, al grado de perder la ciudadanía.

³ Idem.

⁴ *Ibidem*, p. 7.

Marco Antonio y Cleopatra, fundaron en Egipto una academia en la cual experimentaban sobre los medios menos dolorosos para morir.

El juramento Hipocrático se opone rotundamente a la eutanasia, enumera en varios de sus párrafos, que todo buen médico debe procurar por todos los medios mantener la vida, mencionando lo siguiente: "Juro por Apolo médico y por Asclepio y por Higinia y por Panacea y por todos los dioses y diosas, tomándoles como testigos que, cumpliré, en la medida de mis fuerzas y criterio, el juramento y compromiso siguiente(1 párrafo): Dirigiré el régimen con visitas a la unidad de los enfermos en la medida de mis fuerzas y me abstendré de todo mal e injusticia. No administraré a nadie un fármaco mortal aunque me lo pida, ni tomaré la iniciativa de tal sugerencia, del mismo modo tampoco daré a una mujer un pesario abortivo. Pagaré mi vida y ejerceré mi arte en forma inocente y pura. No operaré ni siquiera a los enfermos de cálculo, sino que lo dejaré en manos de los hombres que realizan tal práctica. Así pues, si doy cumplimiento a este Juramento, sin falta, que se me conceda disfrutar de la vida y de mi arte en medio de la consideración de todos los hombres hasta el último día; pero si lo violo o me vuelvo perjuro, que me suceda todo lo contrario".⁵

Por su parte Sócrates y Platón opinaban lo contrario, ellos decían que "las enfermedades dolorosas constituían un motivo suficiente para dejar de vivir, Cicerón defendió mucho la idea de morir dignamente y quienes utilizaron la eutanasia para evitar la degradación de las enfermedades utilizando diversas

⁵ Ibidem, p. 8.

formas fueron: Epicuro, Pomponio Ático, Silicio Itálico, Tito Aristón, Cornelio Rufo, entre otros.

"Séneca decía: Si concurren circunstancias que le aflijan y turbe su sosiego, dejará la vida; y no ha de esperar al último extremo para abandonarla... Darse la muerte o recibirla, acabar un poco después o un poco antes, ha de ser para él enteramente lo mismo... Por lo demás, la vida más larga no siempre es la mejor; pero la muerte sí que es tanto peor cuanto más larga... La mejor muerte es la que más nos guste... ¡Cómo! ¿He de esperar la crueldad de una dolencia o la de los hombres, cuando puedo escapar de todo sufrimiento y sustraerme a los golpes de la adversidad? La mejor razón para no quejarse de la vida es que ella no retiene al que la quiera dejar".⁶

El médico griego Areteo de Capadocia, con respecto de la eutanasia pasiva opinaba: "Jamás es lícito a ningún médico procurar una muerte con el propósito de poner término a los mayores sufrimientos. Pero les está permitido, obnubilar la mente del enfermo con narcóticos y somníferos".⁷

Por otra parte, en Roma, la Lex Cornelia, juzgaba a quien mataba por compasión, equiparándolo al homicidio simple, para sancionar las penas iban desde la privación de todos los bienes, la deportación a una isla, hasta la pena de muerte, esto por considerar al homicidio asistido como un delito en contra del Estado.

⁶ PEREZ VALERA, Víctor Manuel, Eutanasia ¿piedad?, ¿delito?, Noriega Editoriales, México 2003, p. 96.

⁷ *Ibidem*, p. 98.

1.3 EDAD MEDIA.

Como ya se comentaba en los combates se daba muerte a los mal heridos evitando su prolongada agonía, o que los caídos que no pudieran huir fueran presa fácil para el enemigo convirtiéndose en prisioneros y siendo torturados. En la Edad Media, se le llamo "misericordia", a un corto puñal afiladísimo que servía para rematar a los que caían en las luchas llamadas Juicios de Dios tratando de acabar con su prolongada agonía.

Hay que tomar en cuenta que en la Edad Media, los cristianos repugnaban la muerte por compasión, ya que consideraban que el dolor venía de Dios, por lo que debía tolerarse sin reproche alguno, además el mandamiento de "No mataras", era en esa época el más importante. "En algunos pueblos protestantes no existió igual rigidez contra la eutanasia piadosa o selectiva. Lombroso cuenta que hacia 1 600 los viejos y los incurables eran muertos solemnemente en Suecia por sus propios parientes".⁸

Thomás Moro en su obra La Utopía, escribió: "A los enfermos los tratan con grandes cuidados, sin pasar por alto medicamentos ni alimentos que puedan devolverles la salud. Les brindan compañía a los incurables, les dan conversación y, en una palabra, hacen cuanto pueden para aliviarlos de las enfermedades, se trata de un mal que no tiene cura y que produce continuo dolor, convencen al paciente para que, ya que es inútil para las tareas de la vida, molesto para los otros y un carga para sí mismo, no desee alimentar por más

⁸ JIMÉNEZ DE ASÚA, Luis, Libertad de amar y derecho a morir, 7ª edición, Editorial de Palma, Buenos Aires 1984, p. 365.

tiempo su propio mal y corrupción; que ya que su vida es una tortura no dude en morir, que piense en librarse de una vida tal que es un tormento, procurándose la muerte o aceptando que otro se la dé; lo convencen de que así actuará sabiamente, de que la muerte no será un mal sino el fin de sus sufrimientos, y de que siendo eso lo que aconsejan los sacerdotes, intérpretes de la divina voluntad, hará una acción santa y devota. Aquellos que son persuadidos se dejan morir de hambre o reciben la muerte mientras duermen, sin darse cuenta, pero a ninguno se le elimina contra su voluntad, ni dejan de brindarle sus cuidados, convencidos de que así se actúa honradamente”.⁹

“Actualmente en cambio, los médicos casi religiosamente, cuidan de los enfermos incurables, cuando a mi juicio, sino quieren faltar a su misión y al deber de humanidad, deberían aprender el arte de facilitar diligentemente una suave partida de esta vida”.¹⁰ Llamamos a esta investigación eutanasia exterior (para diferenciarla de la interior que atiende la preparación del alma), la cual se puede llegar a considerar muy deseable.

1.4 LOS NAZIS.

Mucho se ha hablado acerca de que Hitler buscaba limpiar la raza alemana manifestando que ante cualquier cosa deberían conservar la pureza, esto era importante porque su mezcla suponía la decadencia racial manifestada, entre otras cosas, en la pérdida de la resistencia, por lo que él decía: “El objetivo por el cual tenemos que luchar es el de asegurar la existencia y el incremento de nuestra

⁹DIAZ ARANDA. Enrique, Op. Cit. p. 13.

¹⁰Ibidem, p. 14.

raza y de nuestro pueblo; el sustento de sus hijos y la conservación de la pureza de su sangre; la libertad y la independencia de la patria, para que nuestro pueblo pueda llegar a cumplir la misión que el supremo creador le tiene reservada”.

Hitler estableció la eutanasia eugenésica en octubre de 1939, por engaño, tal orden fue predatada con fecha 1 de septiembre de 1939, como si hubiera estado en conexión con el comienzo de la campaña militar contra Polonia, más de ochenta mil pacientes mentales de Alemania y Australia, epilépticos, débiles mentales y personas deformes, fueron ejecutados en cámaras de gas entre 1940 y 1941. En un comienzo la ley se refirió en forma exclusiva a los niños pequeños, pero luego se elevó la edad.

El sustento ideológico del Proyecto Nazi se encuentra plasmado dentro de los 25 puntos del Programa del Partido Nacional-Socialista Alemán de los Trabajadores, entre los cuales se citan los siguientes:

En el numeral número 4.-“Sólo puede ser ciudadano el que sea miembro del pueblo, miembro del pueblo sólo puede ser el que tenga sangre alemana, sin consideraciones por su confesión religiosa. Ningún judío puede, por consiguiente, ser miembro del pueblo.

En el numeral 20. Para posibilitar a todo alemán capaz y laborioso una educación superior y con ello el acceso a cargos directivos, el Estado ha de preocuparse por una fundamental organización y desarrollo de toda nuestra

instrucción pública. Los planes de estudio de todos los institutos de enseñanza deben ser adaptados a las exigencias de la vida práctica. La capacitación de la idea estatal debe ser lograda ya al comienzo del entendimiento, a través de la escuela. Exigimos la formación educativa de niños especialmente dotados de padres sin recursos, a costa del Estado, sin consideración de la capa social o profesión de los mismos.

Por último en el numeral 21. El Estado ha de encargarse de elevar el nivel de la salud popular mediante la protección de la madre y del niño, la prohibición del trabajo de los adolescentes, asegurando el fortalecimiento físico por el establecimiento obligatorio de la gimnasia y el deporte, y fomentando enérgicamente todas las asociaciones dedicadas al adiestramiento físico de la juventud".¹¹

Se puede concluir de lo anterior, que en la Segunda Guerra Mundial se trato de encubrir los delitos cometidos bajo la mascara de la eutanasia, no siendo así, ya que se trataba de un vil genocidio, murieron aproximadamente seis millones de seres humanos, de los cuales no existe registro alguno, se crearon nombres de médicos falsos, inexistentes epidemias, justificando así las incineraciones, enfermedades ficticias, entre otras cosas, que constituían el "proyecto para una muerte piadosa", cuando esos seres no pidieron morir ni fueron asesinados por móviles de piedad.

¹¹ Ibidem, p.p. 41-42.

Pero esta idea de la superioridad de razas viene de más atrás, cuando en el siglo XIX un noble francés el "Conde de Gobineau", en su famoso ensayo sobre la desigualdad de las razas humanas, publicado en 1854 proclamo la superioridad de la raza aria, aquí se siembra la semilla que después es retomada por otros pensadores, que al igual que Gobineau afirman que los germanos son superiores, ya que según los antropólogos germanos los Nórdicos arios son los más capacitados para dirigir al mundo y hacerlo progresar, teniendo aptitudes especiales para conducir a los otros pueblos.

Quienes llevaron estos pensamientos a su máximo apogeo fueron Ludendorff, Rosenbeg y Guntherm, los cuales los caracterizan por su estatura alta, ojos azules, cabellos rubios, creando así la "ley para la defensa de la sangre y del honor alemanes, del 15 de septiembre de 1935, la cual en sólo siete artículos estipula: se prohíbe el matrimonio o el simple trato sexual entre alemanes y judíos, impidiéndosele a los últimos utilizar el pabellón nacional, las infracciones iban hasta la reclusión o prisión con un año y multa.

El 18 de octubre de 1935, sigue la "ley de protección hereditaria del pueblo alemán" en la cual para contraer matrimonio se exige que los contrayentes no estén aquejados por ninguna enfermedad contagiosa, trastorno mental o de males hereditarios, igualmente se reglamento en materia penal en donde se puede mencionar la "ley de prevención de descendencia heredomorbosa" mejor conocida como ley esterilizadora y por último se puede mencionar como medida de eliminación de peligro que suponen los delinquentes sexuales, el de imponer la

castración. También es bueno hacer mención de que la superioridad de los seres humanos intenta apoyarse en la teoría de la evolución de Darwin.

1.5 PRIMEROS PROYECTOS DE AUTORIZACIÓN.

Hay quienes opinan que la legalización de la eutanasia no corregirá la ignorancia sobre el tratamiento del dolor y de otros síntomas, ni sobre los medios que pueden utilizarse, y tampoco supondrá un freno para la "medicina sin corazón". Por otra parte, la actitud positiva de la sociedad en general hacia la muerte, junto con los cuidados médicos competentes y la atención de enfermería bien orientada, conseguirán resolver muchos de los problemas actuales.

1.5.1 ALEMANIA.

En 1903 se presentó una propuesta de ley al Parlamento de Sajonia, que fue repudiada; en 1909 fue propuesto a nombre de la "Asociación Monista Alemana" un proyecto de ley tendiendo a obtener la legalización de la eutanasia, el proyecto propone que toda persona atacada de enfermedad incurable tiene derecho a la eutanasia, para lo cual debe dirigir la correspondiente petición al tribunal competente, que decidirá sobre la procedencia de dicho derecho. Para resolverse el tribunal debe informar a un comité médico que examinará al enfermo dentro de los ocho días siguientes a la presentación de la solicitud, quienes informaran en un acta si la muerte es más probable que el retorno a la salud y si los dolores actuales son humanamente soportables, entonces el tribunal concederá al enfermo el derecho a la eutanasia, en caso contrario la petición será desechada. El proyecto paso a comisión, pero nunca se pronunció sobre él.

"Un segundo proyectos se presentó en 1912, presentado por un médico que estaba desahuciado por sus colegas, compuesto por ocho artículos: 1) Toda persona afectada por una enfermedad incurable y dolorosa tiene derecho a la eutanasia. 2) Este derecho se concederá por un tribunal previa solicitud del enfermo. 3) A raíz de esta demanda el tribunal dispondrá el examen del enfermo por un médico forense asociado de entre los especialistas solicitados por el paciente, en el plazo de veinticuatro horas siguientes a la presentación de la demanda. 4) El acta de reconocimiento deberá expresar el convencimiento de la comisión en el sentido de que la muerte es más probable que el retorno a la plena capacidad para el trabajo. 5) En este caso el tribunal reconocerá al paciente el derecho a hacerse matar. 6) Cuando un enfermo ha muerto sin dolor por su propia voluntad manifestada de un modo formal y categórico, el autor de la muerte quedará impune. 7) El que matare a un incurable sin su consentimiento formal y por móviles piadosos, será castigado con la pena de reclusión. 8) Todo lo presente puede aplicarse a los valetudinarios".¹²

En 1920, Carlos Binding y Alfredo Hoche escribieron un folleto cuyo titulo era "La autorización para exterminar a los seres humanos desprovistos de valor vital", el cual origino innumerables debates en Alemania, el cual indudablemente no fue tomado en cuenta por los legisladores; en 1939 se constituye el "Aktion 4", un plan eutanásico para eliminar a las personas que tuvieran "una vida que no merece ser vivida" el programa afecta a recién nacidos con deficiencias físicas y mentales; en 1940 la eutanasia eugenésica del nazismo

¹² JIMÉNEZ DE ASÚA, Luis, Op.Cit. p. 373.

se amplia primero a "idiotas y dementes adultos" y después a negros, judíos, gitanos y homosexuales; en 1941 se exhibe una película alemana en otros países levantando una gran polémica e incluso prohibiéndose, el film titulado "yo acuso" deja al espectador extraer las consecuencias de hechos presentados hábilmente a favor de la eliminación sin sufrimientos de los imbéciles, inútiles y enfermos adoloridos, no hay que olvidar que en Alemania en la época de guerra se efectuaban genocidios disfrazados de actos eutanásicos.

1.5.2 AUSTRALIA.

"En mayo de 1995, La Asamblea Legislativa del Territorio Norte de Australia se convirtió en la primera del mundo en aprobar una ley que legalizaba la eutanasia voluntaria. Esta votación se produjo a continuación de un referéndum histórico celebrado en noviembre de 1994 que convirtió a Oregón en el primer Estado Norteamericano que votó a favor de permitir a los médicos hacer lo que hizo el doctor Timothy Quill: recetar, a pacientes con enfermedades incurables que habían pedido ayuda para morir, drogas que provocarían una muerte tranquila si los pacientes las tomaban... pero es derogada por el Parlamento Federal en 1997, debido a la presión pública".¹³

1.5.3 CHECOSLOVAQUIA.

En 1926, Checoslovaquia regula en sus leyes lo siguiente: "Si el delincuente ha dado muerte a otra persona por piedad, a fin de acelerar una muerte inevitable y próxima y librarla así de crueles dolores causados por una

¹³ SINGER, Peter; Repensar la vida y la muerte, tr. de Yolanda Fontal Rueda, Editorial Piados, Buenos Aires 1997, p. 152.

dolencia incurable, o de otras torturas corporales contra las que no hay remedio alguno, el tribunal puede atenuar excepcionalmente la pena o eximir el castigo", por lo que se presenta la exención puesta en manos del juez para los más extremos casos de homicidio consentido, permitiéndose de algún modo la eutanasia en la década de los 20' en este país.

1.5.4 ESPAÑA.

En 1998, José Ramón Sampedro, el primer español que reclamó judicialmente su derecho a la eutanasia, fallece tras conseguir que alguien lo ayudara, los jueces deciden el archivo de la causa. Se crea una comisión del Senado español para analizar la posible despenalización de la eutanasia, misma que a la fecha no ha sido aceptada.

1.5.5 ESTADOS UNIDOS.

El doctor Gregory en el año de 1906, en los Estados Unidos, presento ante el Congreso de Iowa, la creación de una ley que autorizara la eliminación por medio de un anestésico de todo enfermo incurable, de todo infante débil y de todo idiota.

En 1912 se discutió en los Estados Unidos un proyecto sobre homicidio caritativo, que fue rechazado, pero en el mismo año Sarah Harris, suplico a las Cámaras de Representantes que se autorizara al médico que la asistía para que pusiera término a su vida de manera dulce y sin dolor, pero tuvo un efecto contradictorio, ya que el Congreso de Nueva York sancionó un proyecto

de ley que decía: "Toda persona que por medio de discursos, circulares, escritos, mensajes, cartas, documentos, prospectos, periódicos, artículos de revistas, etc., preconizare el deber de matar, bajo la égida de la ley, a las personas quejadas de dolencias incurables, mentales o físicas, será declarada culpable por crueldad".

1920 Frank Roberts envenena con arsénico a su mujer a petición de ésta, que sufría esclerosis múltiple, por lo que es condenado a cadena perpetua; en 1990 los familiares de Nancy Cruza, una mujer en estado vegetativo desde hacia tres años y medio consiguen que la Corte Suprema estadounidense autorice su desconexión de los sistemas que la mantienen con vida; "en 1991 y 1992, se presentaron iniciativas de mayor trascendencia en los Estados de Washington y California que no consiguieron la mayoría..."¹⁴ en 1997 Oregón se convierte en el primer estado norteamericano que regula el suicidio asistido.

1.5.6 HOLANDA.

En el año de 1971, la doctora holandesa Geertruida Postma inyecta una dosis letal de morfina a su madre, que sufría las secuelas de un derrame cerebral. Postma es acusada de homicidio, pero dos años más tarde los tribunales la condenan a un año de prisión condicional por la práctica de una eutanasia activa voluntaria, el gesto de Postma abre un debate público en el que otros médicos reconocen haber realizado eutanasias. Un grupo de personas del pueblo de la doctora Postma decidió crear una Sociedad para la Eutanasia Voluntaria. Al cabo de una década, ya contaba con 25.000 miembros.

¹⁴ Idem.

"En un interesante, pero controvertido artículo titulado: 'Un caso de eutanasia.' Informe sobre la situación en Holanda, Richard Fenigsen mantiene que los médicos de cabecera holandeses practican la eutanasia activa voluntaria en unos 5.000 pacientes al año, siendo 10.000 si incluimos a los pacientes de hospitales, incluso se ha llegado a mencionar la cifra de los 18.000 a 20.000 casos al año. Según él, los datos estadísticos demuestran que el 81% de los médicos de cabecera holandeses ha realizado la eutanasia en algún momento de su carrera profesional; un 28% realiza la eutanasia a dos pacientes al año y un 14% de tres a cinco pacientes al año. Mantiene que las coaliciones gubernamentales se forman y desintegran dependiendo de si hay un consenso o no en el campo de la eutanasia y que, mientras en 1985 un 70% de los holandeses aceptaba la eutanasia activa, en 1986 lo hacía ya un 76%. Siempre según datos del prof. Fenigsen, la mayoría de las personas que defienden la eutanasia voluntaria, la libertad de elección y el derecho a morir, también aceptan la eutanasia activa involuntaria. Constata que las figuras más destacadas en el campo de la medicina son, a la vez, los más firme defensores de la legalización de la eutanasia. Menciona el caso del prof. P.A. Voute, quien reveló que desde principios de los años 80 acostumbraba, a veces sin el consentimiento de los padres a proveer a algunos de sus pacientes unas dosis de veneno suficientes para que así pudieran suicidarse. En junio de 1984, según el referido autor, la Junta de la Real Sociedad de Medicina Holandesa aprobó una Posición sobre la eutanasia que apoyaba la legalización de la eutanasia activa voluntaria e involuntaria".¹⁵

¹⁵ SÁNCHEZ JIMÉNEZ, Enrique, La eutanasia ante la moral y el derecho. Editorial Universidad de Sevilla. Sevilla 1996, p. 83.

A mediados de la década de los 80' el Real Colegio Oficial de Médicos de Holanda había adoptado una postura firme a favor de la eutanasia voluntaria. Proponía que se permitiera la eutanasia en las siguientes circunstancias:

- ◆ Sólo podrán practicar la eutanasia los médicos.
- ◆ Tendría que haber una petición explícita de paciente en la que no hubiera la más mínima duda del deseo de éste a morir.
- ◆ La decisión del paciente tendría que ser documentada, libre y persistente.
- ◆ El paciente tiene que estar padeciendo una situación de dolor y sufrimiento insoportables, sin esperanzas de mejoría.
- ◆ Es preciso que no haya otras medidas para hacer soportable el sufrimiento del paciente.
- ◆ El médico debe ser muy cauteloso al tomar la decisión y debe solicitar una segunda opinión con otro médico independiente.

En 1993 se toman las medidas legales para evitar que los médicos que practican la eutanasia o el suicidio asistido sean procesados, si se daban un conjunto de condiciones similares a las establecidas por el Real Colegio Oficial de

Médicos de Holanda. El diez de abril del año dos mil uno, se vota a favor de la eutanasia.

1.5.7 INGLATERRA.

En septiembre de 1922 fue presentado al parlamento una iniciativa, la cual se puso a discusión y requerimiento de un concejal de Bath, que pidió al ministro de Higiene un proyecto de ley a favor de la eutanasia, que fue rechazado por la municipalidad, pero la discusión pública y científica siguió muy viva en las columnas del "Morning Post", en los dos años posteriores haciéndose nuevos intentos para modificar las leyes en sentido permisivo; en 1935 Lord Moynihan y el doctor Killick Millard fundan en Inglaterra la Sociedad de Eutanasia Voluntaria; en 1936, la situación propuesta era la del médico que ya no puede controlar el dolor y por lo tanto se enfrenta a la elección de poner fin a la vida del paciente o no aliviara su sufrimiento, la cual es rechazada al pronunciarse que el médico debe curar, pero no matar, no debe creerse con poderío de modificar el orden del mundo instaurado por Dios.

En 1950 se presenta en la Cámara de Loes, la moción a favor del principio de la eutanasia voluntaria; en el proyecto de 1969 se especificaba que el paciente actual o futuro debe ser capaz de firmar una declaración solicitando la eutanasia en caso de un trastorno o enfermedad física grave, razonablemente considerada incurable, y que probablemente le cause sufrimiento intenso y le haga incapaz de existencia racional.

“En 1973 se presentó un tercer proyecto para ampliar y declarar los derechos de los pacientes a ser liberados de sufrimientos incurables, el cual pretendía establecer el derecho del paciente incurable al alivio total del dolor y del sufrimiento físico, par eliminar el estigma del suicidio si tal paciente decidiese poner fin a su vida y para conceder valor legal al deseo manifestado por escrito de una persona de no ser sometida a tratamiento para mantenerle con vida si posteriormente sufriera un daño cerebral”.¹⁶

1.5.8 ITALIA.

En Italia Nobel propuso al ministro Crispi, en 1902, la fundación de dos establecimientos, uno en Roma y otro en Milán, donde serían asfixiados sin dolor, por medio de un gas de su invención los enfermos que mostraran deseos de morir, se les proporcionaba a los enfermos un succulento almuerzo bañado en vino, y después se ponían a fumar, en ese momento el aire se impregnaba de un gas asfixiante que los mataba, al otro día eran incinerados, obviamente la idea fue rechazada por considerarse “pseudo-filantrópico” y “pseudo-científico”.

Después del estudio elaborado a los anteriores países, se puede concluir que en mayor o menor medida diferentes naciones han pugnado por autorizar la eutanasia.

¹⁶ SCORER, Gordón, Anthony Wing, Problemas éticos en medicina, Ediciones Doyma, Barcelona 1983, p.p. 132-133.

1.6 REGLAMENTACION INTERNACIONAL DE EUTANASIA.

En Alemania, la administración de un medicamento mortal es considerado un homicidio. Según el tribunal de apelación de Frankfurt, la eutanasia sólo puede ser decidida por un tribunal tutelar y si corresponde sin ambigüedades a la voluntad del paciente.

En Australia, una ley que legalizaba la eutanasia, por vez primera en el mundo, fue votada en julio de 1996 por el Parlamento de los Territorios del Norte. Pero el Parlamento federal la abrogó unos meses después. En la mayoría de los otros países, la eutanasia es considerada un homicidio y sigue siendo un tema tabú.

En el 2001 Bélgica dio un paso decisivo para la aprobación de la eutanasia. Una comisión del Senado aprobó uno de los artículos principales del proyecto de ley que pretende la despenalización de la "dulce muerte", en el que se indican los requisitos necesarios para que los médicos puedan ayudar a una persona a quitarse la vida sin ser perseguidos judicialmente. Se trata de una cuestión que ha suscitado debates durante más de año y medio en el Senado. El proyecto de ley indica que la solicitud de eutanasia deberá haber sido formulada de forma voluntaria, reflexionada con madurez, de forma persistente y sin presiones exteriores. La petición del paciente, deberá presentarse por escrito aunque se podrá contar con un testigo que sea capaz de entender y traducir su voluntad, cuando lo primero no sea posible. El texto prevé el que la petición pueda

ser retirada en cualquier momento y exige que el médico informe al paciente de las diversas posibilidades de cuidados paliativos existentes para su caso.

En Dinamarca, la ley autoriza al paciente que sufre una enfermedad incurable a decidir por sí mismo el cese del tratamiento. Desde el 1 de octubre de 1992, en caso de enfermedad incurable o de accidente grave, los daneses pueden hacer un "testamento médico", que los médicos deben respetar.

En Escocia, por vez primera, un enfermo fue "autorizado a morir" en junio de 1996. En Gran Bretaña, la eutanasia es ilegal. Pero entre 1993 y 1994 la justicia autorizó a varios médicos a desactivar los aparatos de pacientes que eran mantenidos en vida artificialmente. En Suecia, la "ayuda al suicidio" es un delito despenalizado. En casos extremos, los médicos pueden desconectar los aparatos respiratorios.

El diez de abril del año 2001, Holanda se convirtió, en el primer país del mundo que legalizó la eutanasia al votar mayoritariamente el Senado una ley que la permite, bajo ciertas condiciones, con 46 votos a favor y 28 en contra, con un senador ausente, la ley "Prueba de petición de terminación de la vida y ayuda al suicidio", fue respaldada por la Senado holandés. El médico puede proceder a la eutanasia de los pacientes que padecen un "sufrimiento insoportable" y que expresaron por escrito varias veces su deseo de tener una muerte sin dolor. No obstante, el médico está obligado a pedir la opinión de un colega y a informar a las

autoridades judiciales, únicas habilitadas a decidir si corresponde realizar un proceso, el Código Penal Holandés, expresa lo siguiente:

Artículo 293 del Código Penal de Holanda:

1. El que quita 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 2º. 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 7º., párrafo segundo de la Ley Reguladora de los Funerales.

El artículo 294 del Código Penal dice lo siguiente: "El que de forma intencionada prestare auxilio a otro para que se suicide o le facilitare los medios necesarios para ese fin, será, en caso de que se produzca el suicidio, castigado con una pena de prisión de hasta tres años o con una pena de multa de la categoría cuarta. Se aplicará por analogía el artículo 293, párrafo segundo".

Con relación a los citados artículos encontramos que la Ley sobre Requisitos de Cuidado y Esmero Profesional, en su capítulo Dos, artículo 2º dice lo siguiente:

1. Los requisitos de cuidado a los que se refiere el artículo 293, párrafo segundo, del Código Penal, implican que el médico:
 - a) Ha llegado al convencimiento de que la petición del paciente es voluntaria y bien meditada;
 - b) Ha llegado al convencimiento de que el padecimiento del paciente es insoportable y sin esperanzas de mejora;
 - c) Ha informado al paciente de la situación en que se encuentra y de sus perspectivas de futuro;
 - d) Ha llegado al convencimiento junto con el paciente de que no existe ninguna otra solución razonable para la situación en la que se encuentra este último;
 - e) Ha consultado, por lo menos, con un médico independiente que ha visto al paciente y que ha emitido su dictamen por escrito sobre el cumplimiento de los requisitos de cuidado a los que se refieren los apartados a) al d), y
 - f) Ha llevado a cabo la terminación de la vida o el auxilio al suicidio con el máximo cuidado y esmero profesional posible.

Se aprecian dos cosas. Primero, la legislación se centra en la petición del paciente. No basta la petición en sí. El médico tiene obligación de determinar que no sólo existe la petición, sino también que la petición es: a) voluntaria, y b) bien meditada. Además la importancia de la consulta con otro médico independiente que no está involucrado en el tratamiento del paciente. Este médico independiente investiga la evolución del proceso patológico, la voluntariedad de la petición y la seria meditación de la petición. Después se requiere de la evaluación asesora, por escrito de un colega. En caso de eutanasia el médico tiene que notificar al forense municipal y a la comisión regional de comprobación de la eutanasia. La comisión, integrada por un jurista, un médico y un experto en cuestiones éticas, comprueba si la actuación del médico cumple los criterios de cuidado. Si la comisión dictamina que el médico ha actuado con el cuidado y esmero profesional, el caso está concluido; si se comprueba un problema en la actuación, se envía el caso al Ministerio Fiscal.

La eutanasia continúa castigada en el código penal: los médicos que no hayan respetado las condiciones se enfrentan a hasta 12 años de cárcel si han participado activamente y hasta 3 si se han limitado a proporcionar al enfermo los medios para que se quite la vida.

En América Latina, el Tribunal Constitucional de Colombia admitió en mayo de 1997 la práctica de la eutanasia para los enfermos en fase terminal que la reclaman expresamente. En 1998, el gobierno de China autorizó a los

hospitales a practicar la eutanasia para los pacientes en fase terminal de una enfermedad incurable.

Por lo que se refiere a América Latina, la práctica general para el homicidio consentido es la de penas leves, a excepción de Chile. Incluso se prevé también la figura del homicidio cometido por móviles piadosos y a solicitud de la víctima. En Bolivia, este último supuesto incluye la posibilidad del perdón, y en Uruguay, en cambio, la simple impunidad. En lugares como Cuba la regulación es semejante a la establecida por el Estado español en 1928, en donde las conductas de participación al suicidio tenían un tratamiento menos severo del que tienen en la actualidad.

En nuestro país, el Código Penal castiga la eutanasia en los siguiente términos:

Artículo 127. "Al que prive de la vida a otro, por la petición expresa, libre, reiterada, seria e inequívoca de éste, siempre que median razones humanitarias y la víctima padeciere una enfermedad incurable en fase terminal, se le impondrá prisión de dos a cinco años".

Artículo 142. "Al que ayude a otro para que se prive de la vida, se le impondrá prisión de uno a cinco años, si el suicidio se consuma. Si el agente prestare el auxilio hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, la pena aplicable será de cuatro a diez años de prisión. Al que induzca a otro para que se prive de la vida, se le impondrá prisión de tres a ocho años, si el suicidio se consuma. Si el

suicidio no se consuma, por causas ajenas a la voluntad del que induce o ayuda, pero sí se causan lesiones, se impondrá las dos terceras partes de la pena anterior, sin que exceda de la pena que corresponda a las lesiones de que se trate. Si no se causan éstas, la pena será de una cuarta parte de las señaladas en este artículo”.

Artículo 143. “Si la persona a quien se induce o ayuda al suicidio fuere menor de edad o no tuviere capacidad de comprender la relevancia de su conducta o determinarse de acuerdo con esa comprensión, se impondrán al homicida o inductor las sanciones señaladas al homicidio calificado o a las lesiones calificadas”.

Artículo 328. “Al médico o enfermera que suministre un medicamento evidentemente inapropiado en perjuicio de la salud del paciente, se le impondrán de seis meses a tres años de prisión, de cincuenta a trescientos días multa y suspensión para ejercer la profesión u oficio por un lapso igual al de la pena de prisión impuesta”.

También se lleva a cabo en numerosos países la eutanasia pasiva, es decir, no prolongar por medios artificiales la vida de un moribundo, normalmente con el consentimiento de los familiares. Teóricamente también debería contarse con la autorización del paciente, algo que resulta imposible en la práctica en 80% de los casos porque está inconsciente, como reveló un estudio realizado en 1998 en los hospitales franceses. En México se encuentra autorizada

dicho tipo de eutanasia por la Ley General de Salud en su artículo 345 de la misma, bajo la siguiente forma:

Artículo 345. "No existirá impedimento alguno para que a solicitud o autorización de las siguientes personas: el o la cónyuge, el concubinario, la concubina, los descendientes, los ascendientes, los hermanos, el adoptado o el adoptante; conforme al orden expresado; se prescindiera de los medios artificiales que evitan que en aquel que presenta muerte cerebral comprobada se manifiesten los demás signos de muerte a que se refiere la fracción II del artículo 343".

1.7 EUTANASIA E IGLESIA.

Es conveniente recordar una declaración de Pío XII que conserva aún toda su validez. Un grupo de médicos le había planteado esta pregunta: "¿La supresión de dolor y de la conciencia por medio de narcóticos está permitida al médico y al paciente por la religión y la moral (incluso cuando la muerte se aproxima o cuando se prevé que el uso de narcóticos abreviará la vida)?". El Papa respondió: "Si no hay otros medios y si, en tales circunstancias, ello no impide el cumplimiento de otros deberes religiosos y morales, Sí". En este caso, en efecto, está claro que la muerte no es querida o buscada de ningún modo, por más que se corra el riesgo por una causa razonable. simplemente se intenta mitigar el dolor de manera eficaz, usando a tal fin los analgésicos a disposición de la medicina.

La Iglesia siempre ha condenado la eutanasia. Pablo VI, a través del cardenal Villot, el 3 de octubre de 1970, escribió a la Asociación de Médicos

Católicos en donde se preguntaba: "En algunos casos, ¿no será una tortura inútil imponer una reanimación vegetativa a la fase final de una enfermedad incurable?", contestaba afirmativamente y declarando lícita la ortotanasia; pero también contestó negativamente, el 11 del mismo octubre, en carta a la Federación Internacional de Asociaciones Médicas, a la eutanasia occisiva: "Toda vida humana debe respetarse en términos absolutos y (por ello) la eutanasia es un homicidio".

Juan Pablo II, reunido en Chicago con los obispos norteamericanos, el día 5 de octubre de 1979, les decía: "Habéis hablado claramente..., afirmando que la eutanasia o muerte por piedad es un grave mal moral", la síntesis del magisterio pontificio sobre la eutanasia se ofrece por la sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe, en su Declaración de 5 de mayo de 1980, aprobada por el Papa Juan Pablo II y ratificada por éste en su mensaje de 22 de julio de 1982 a la Asamblea mundial sobre el problema del envejecimiento de la población, celebrada en Viena.

De conformidad con dicha Declaración:

- a) Por eutanasia ha de entenderse una acción u omisión que, por su naturaleza o en la intención, causa la muerte, con el fin de abreviar cualquier dolor.

- b) Nada ni nadie puede autorizar la muerte de un ser humano inocente (aunque se trate de un) enfermo incurable o agonizante.

- c) La muerte no sobreviene siempre en condiciones dramáticas y al final de sufrimientos insoportables. Numerosos testimonios concordes hacen pensar que la misma naturaleza facilita en el momento de la muerte una separación que sería terriblemente dolorosa para un hombre en plena salud.

El 27 de mayo de 1980, el Vaticano declara en cuanto al problema de los enfermos terminales, en la cual se dice: "Ahora bien, es necesario reafirmar con toda firmeza que nada ni nadie puede autorizar la muerte de un ser humano inocente, sea feto o embrión, niño o adulto, anciano, enfermo incurable o agonizante. Nadie, además, puede pedir este gesto homicida para sí mismo o para otros confiados a su responsabilidad, ni puede consentirlo explícita o implícitamente. Ninguna autoridad puede legítimamente imponerlo ni permitirlo. Se trata en efecto de una violación de la ley divina, de una ofensa a la dignidad de la persona humana, de un crimen contra la vida, de un atentado contra la humanidad".

En la declaración de la Doctrina de la Fe del 5 de mayo de 1980, se rechaza el otro extremo del problema, el encarnizamiento terapéutico que únicamente prolonga precaria y penosamente la existencia, siendo lícita la decisión de renunciar conscientemente a los tratamientos, fundamentado en el "derecho a morir con toda serenidad, dignidad humana y cristiana". Pronunciándose en los mismos términos la Comisión Episcopal por la Doctrina de

la Fe el 15 de abril de 1986 y el Comité Episcopal para la defensa de la Vida de 1991.

La Conferencia Episcopal Española, el 14 de febrero de 1993, emitió un comunicado en el cual se pronuncian en contra de la eutanasia en los siguientes términos: "la actuación cuyo objeto es causar la muerte a un ser humano para evitarle sufrimientos, bien a petición de éste, bien por considerar que su vida carece de la calidad mínima para que merezca el calificativo de digna".

El Vaticano el 30 de marzo de 1995, hizo pública la encíclica "Evangelium Vitae" de Juan Pablo II, Se trata de un documento en extremo importante para los creyentes, porque establece con claridad cuál es la postura de la Iglesia entera frente a los problemas que nos ocupan: suicidio y homicidio asistido.

La Iglesia Reformista Holandesa ha adoptado una política explicada en su publicación "La Eutanasia y el Ministerio" que no impide quitarse voluntariamente la vida, cuando la enfermedad la vuelve intolerable. La elección misma que se hace de las palabras indica la sensibilidad que demuestran los sacerdotes para establecer la diferencia entre este tipo de muerte y el suicidio de tipo ordinario o zelfmoord, que literalmente se traduce como asesinato de sí mismo.

CAPITULO 2

CONCEPTOS Y TIPOS DE EUTANASIA.

2.1 CONCEPTO DE EUTANASIA.

Eutanasia esta compuesta por dos vocales griegas que significan "muerte buena", creado por el canciller ingles Francisco Bacon, en su obra "tratamiento de las enfermedades incurables". Para Jiménez de Asúa la eutanasia es "la muerte tranquila y sin dolor, con fines libertadores de padecimientos intolerables y sin remedio, a petición del sujeto, o con objetivo eliminador de seres desprovistos de valor vital, que importa a la vez un resultado económico, previo diagnóstico y ejecución oficiales".¹⁷

Bustos Ramírez señala: "el auxilio ejecutivo al suicidio no puede confundirse con el llamado homicidio consentido ni con la eutanasia, ya que estas dos formas abarcan casos en que no se trata de un auxilio, sino de una autoría. Por eso, el auxilio ejecutivo requiere siempre un consentimiento expreso, una petición por parte del sujeto... La eutanasia es, por tanto, un concepto diferente dentro del cual quedan también englobados en general los casos de auxilio ejecutivo. La problemática actual de la eutanasia hay que vincularla no con antiguos planteamientos eugenésicos... si no con la cuestión de la muerte digna. Esto es, si el reconocimiento de la dignidad de la persona y, por tanto, su vida, implican también el reconocimiento de que se pueda disponer conforme a ello de un momento culminante de la vida, como es el de la muerte".¹⁸

¹⁷ JIMÉNEZ DE ASÚA, Luis, Op. Cit., p. 337.

¹⁸ DIAZ ARANDA, Enrique, Op. Cit., p. 190.

El moralista colombiano Guillermo Romero Ocampo al definir la eutanasia nos dice: "La conducta humana positiva o negativa, inspirada en móviles pietísticos y compasivos, que tiene por fin inmediato y exclusivo poner fin a la vida de una persona que, padeciendo los intensos sufrimientos derivados de una lesión corporal o enfermedad grave e incurable, diagnosticadas precisamente, su muerte se presenta como un hecho inevitable y cercano".¹⁹

Rafael de Pina Vara opina: "Muerte sin sufrimiento físico y, en sentido estricto, la provocada de esta manera o voluntariamente; corrientemente homicidio por piedad o piadoso, para procurar una muerte tranquila, sin sufrimientos físicos o con el pretexto de este propósito".²⁰

Para un filósofo estoico, como Sócrates, eutanasia: "será la muerte soportada con serenidad y valor".²¹ El Diccionario Jurídico se refiere a la eutanasia en los siguientes términos: "Conducta consistente en causar la muerte de un enfermo terminal, quien, ante la falta de cura posible para la enfermedad padecida y los sufrimientos que la misma le ocasiona, decide solicitar ayuda a fin de poner término a su vida. Muerte sin sufrimiento físico."²²

Según Javier Gafo, es la "provocación directa y deliberada de la muerte del enfermo por piedad o compasión, para evitarle sufrimientos o, en otros casos, para acabar con una vida, inútil por tratarse de un anciano o persona

¹⁹ SILVA SILVA, Hernán, Medicina legal y psiquiátrica forense, Tomo I, Editorial Jurídica de Chile, Chile 1991, p. 376.

²⁰ DE PINA VARA, Rafael, Diccionario de derecho, 26ª edición, Editorial Porrúa, México 1998, p. 278.

²¹ SÁNCHEZ JIMÉNEZ, Enrique, Op. Cit., p. 60.

²² VALLETA, María Laura, Diccionario jurídico, 2ª edición, Valleta Ediciones, Argentina 2001, p. 294.

anormal física o psíquicamente disminuida. Puede ser voluntaria (pedida por el mismo sujeto) o impuesta (cuando la decisión es tomada por otras personas)".²³

La declaración sobre la eutanasia, de la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe: "Por eutanasia se entiende una acción o una omisión que por su naturaleza, o en la intención, causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor. La eutanasia se sitúa pues en el nivel de las intenciones o de los métodos usados".²⁴

El Diccionario Enciclopédico de Derecho Usual la define como: "Muerte sin dolor. Canónicamente, muerte sin remordimiento o en estado de gracia; muerte sin dolores del alma. Para Helio Gomes, el derecho que se pretende atribuirle a una junta médica para darles muerte tranquila a los pacientes que sufren dolores insoportables, estén atacados de dolencias incurables o cuando así lo deseen".²⁵

En el moderno derecho penal y en la medicina del siglo XX por eutanasia se entiende: "La muerte piadosa que se da a los enfermos cuya curación se tiene por imposible y cuando se encuentran sometidos a sufrimientos que los recursos de la ciencia no pueden suprimir ni siquiera paliar. El problema

²³ Idem.

²⁴ Idem.

²⁵ CABANELLAS, Guillermo, Diccionario enciclopédico de derecho usual, Tomo III, 21º edición, Editorial Heliasta, Argentina 1989, p. 338.

gravísimo consiste en la determinación técnica de que es incurable el mal y el sufrimiento implacable".²⁶

En la mayoría de las definiciones antes referidas, se puede apreciar que la eutanasia hoy en día se enfoca a los pacientes incurables y terminales, que en su prolongada agonía padecen terribles sufrimientos, descartando cualquier otro tipo de aniquilación humana, como podría ser el dar muerte a personas que tengan algún tipo de deformación, defecto u enfermedad que no presente dolores insoportables y cuya vida pueda ser conservada con algunos cuidados médicos. Sólo un autor, Javier Gafo, hace mención de la eutanasia practicada a ancianos, enfermos mentales o malformadas, criterio en el cual no estoy de acuerdo, por pensar que ya no estamos hablando de una genuina eutanasia.

Cabe mencionar, que la eutanasia debe preferentemente ser practicada por el médico que asiste al paciente y previa valoración de las posibilidades de recuperación y después de que estas hayan sido descartadas, o en su defecto por pariente o amigo que preste oído a la petición del paciente de acortar su vida, pero jamás se menciona en ninguna definición, que pueda ser dada la muerte por mano del propio enfermo.

2.2 DIFERENTES TIPOS DE EUTANASIA.

Como se ha podido apreciar a lo largo del trabajo, se habla de diferentes tipos de eutanasia, ya que va a depender mucho de las características

²⁶ Idem.

que se vayan dando para poder ir diferenciando y de este modo especificar cual es la que se va a seleccionar para la elaboración de la presente propuesta.

2.2.1 Eutanasia Eugénica.

Quintano Ripollés declara sobre la eutanasia impropia o eugénica: Entre tanto que el homicidio eutanásico o el simplemente consentido hemos visto que merecen de la doctrina y aun de gran parte de las legislaciones privilegios que a veces llegan a la impunidad, la impropriamente llamada eutanasia eugénica, en que los móviles no son de piedad y en la que ningún papel desempeña la voluntad de la víctima, merece general repulsa, y las teorías que excepcionalmente osan sustentarla no han hallado reflejo alguno en las leyes, a no ser de modo vergonzante y encubierto. Consiste la eutanasia eugénica en procurar la muerte de seres que en el léxico de sus propugnadores se considera privados de valor vital, constituyendo por ende una carga para la sociedad y a veces un peligro, por contagio de sus enfermedades o simplemente por presunto riesgo de degeneración de la raza, y de ahí su nombre.

Como ya se ha mencionado, este tipo de eutanasia era practicado en la antigüedad, principalmente por los griegos y romanos, para mantener la pureza de la raza y por cuestiones de estética, debemos tomar en cuenta que no es en sí un tipo de eutanasia pura, sino que se trata de un homicidio, ya que no existe la petición de la persona de querer encontrar la muerte, ni ningún tipo de enfermedad dolorosa e incurable.

2.2.2 Eutanasia Pasiva (Ortotanasia y Distanasia).

Se habla de una eutanasia consistente en abreviar una vida para evitar grandes dolores y molestias al paciente a petición del mismo, de sus familiares o sencillamente por iniciativa de tercera persona que presencia, conoce e interviene en el caso concreto del moribundo.

“Se considera pasiva, cuando la muerte se produce como consecuencia de un proceso interno, acelerado por la suspensión de medios extraordinarios que lo único que persiguen es prolongar una vida puramente vegetativa,”²⁷ se trata de la omisión de una conducta, que sería de mantener vivo artificialmente al paciente por medio de aparatos. Es este tipo de eutanasia, la que se abordara en el presente trabajo.

“La eutanasia pasiva, dejara que la naturaleza siga su curso, en lugar de aplicar tratamiento médico en un intento de prolongar la vida del enfermo incurable. Puesto que no implica aceleración deliberada de la muerte”.²⁸

Cuando el propio interesado expresa su deseo de no ser sometido a tratamientos extraordinarios para prolongar la vida. Si el interesado no lo hace, en principio, otros no pueden tomar por él esa resolución. Como excepción, se puede presentar la situación en que el enfermo, en estado vegetativo y sin esperanza de recuperación, no puede expresar su deseo; en tal caso cabría la posibilidad que, previa junta médica e intervención del defensor de incapaces, su representante

²⁷ SILVA SILVA, Hernán, *Op. Cit.*, p. 378.

²⁸ SCORER, *Gordón, Anthony Wing, Op. cit.* p. 132.

legal lo solicitara. "Aquí se hace una subdivisión en eutanasia pasiva, que sería directa, cuando se suprimen o no se adopten las medidas que mantenían o pueden mantener con vida a una persona y como consecuencia se produzca la muerte, es decir, dejar de administrar los medios médicos extraordinarios para mantener vivo al paciente, e indirecta cuando se presenta en los casos en que el paciente se le proporcionan calmantes que alivian sus penas y dolores, pero a la vez, le pueden ocasionar la muerte".²⁹

Ortotanasia es un término atribuido al doctor Boskan de Lieja, proviene del griego *orthos* (recto, justo) y *thanatos* (muerte). "Consiste en omitir la aplicación de los medios de prolongación artificial de la vida cuando se ha verificado la muerte cerebral y se da paso al denominado estado vegetativo, en pocas palabras, dejar obrar a la naturaleza".³⁰

Tradicionalmente empleado por la moral católica se encuentra la ortotanasia, dirigido a designar la muerte justa, a su tiempo, en su hora, sin acortamientos de la vida o adelantamientos de la muerte, por una parte, o sin prolongaciones de la vida ni retrasos de la muerte, por otra. Según la ética católica, cada hombre tiene su hora de morir. Todo tiene su hora; y todo cuanto hace bajo el sol tiene su hora. Hay tiempo de nacer y tiempo de morir.

Como se puede apreciar, tanto la eutanasia pasiva como la ortotanasia pueden ser empleados como sinónimos, ya que sus definiciones son,

²⁹ LAURA VALLETTA, María, Diccionario jurídico, 2º edición, Valletta Ediciones, Buenos Aires 2001, p.294.

³⁰ DIAZ ARANDA Enrique, Op. Cit., p. 196.

si no iguales, si muy similares, sobre todo al mencionar que se aplican cuando existe muerte cerebral o estado vegetativo.

La distanasia es un término opuesto a la eutanasia, consistente en la pretensión de dejar de alejar todo lo posible el momento de la propia muerte, utilizando para ello todos los medios que la tecnología moderna ponga a su alcance y aunque no exista esperanza alguna de curación. Se trata de elevar al grado más alto una actitud vitalista, según el cual mientras exista un resquicio de la vida debe ser mantenida, utilizándose todos los medios artificiales que las nuevas tecnologías hagan disponibles, no importando si el sujeto posee o no alguna esperanza razonable de vida, y mucho menos la situación de dignidad o indignidad que otorga ese hilo de vida que aún queda.

El término de distanasia es creado por Morache, proviene del griego *dis* (mala, dificultosa) y *thanatos* (muerte), acciones que alejan y dificultan la muerte por medios proporcionados o improporcionados, su repulsa gira en torno a lo innecesario que resulta prolongar la agonía e incrementar el sufrimiento de los pacientes cuyo pronóstico es totalmente desfavorable, de ahí que también se hable de encarnizamiento terapéutico.

2.2.3 Eutanasia Activa.

Eutanasia activa es privar a un ser humano enfermo, de la vida por consideraciones humanitarias para el individuo o para la sociedad, en la eutanasia activa se trata de la acción médica por la que se pone fin a la vida de una persona

enferma, sea que esta se solicite o bien que se realice al margen o en contra de la voluntad del paciente, es en sí, acelerar la muerte del paciente, o bien reducir la prolongada agonía.

Hace referencia a la acción por la que se pretende positivamente de forma directa o indirecta la supresión de la vida de otra persona, así se habla de eutanasia activa para referirse a las acciones eutanásicas que producen la muerte, muerte que no hubiera ocurrido sin las mismas o como actos ejecutivos que suponen un acortamiento de la vida del paciente.

2.2.4 Eutanasia Económica.

Es la practicada a los ancianos, niños deformes, tarados mentales, y enfermos incurables, no como un acto piadoso, o por petición de los pacientes, sino por ahorrar un gasto al Estado, no tener que gastar en ellos, en sus cuidados, medicamentos, entre otras cosas, desde un particular punto de vista, no considero que se trate de una eutanasia, sino de un homicidio en sí.

2.2.5 Eutanasia Judicial.

Es la reglamentada o consentida por las leyes, aquí se pueden encontrar varios tipos de eutanasia, ya que dependerá de la estipulación en cada ley para saber cuales son las autorizadas y cuales no, dependiendo el país, el tipo de costumbres, pensamientos y religión que dominen en el mismo.

2.2.6 Eutanasia Neonatal.

Es la que se da, cuando un embrión se encuentra mal formado o presenta una enfermedad incurable o mental que va a traer severas consecuencias al infante una vez nacido, se practica por medio del aborto previos análisis médicos que demuestren el mal estado del feto.

2.2.7 Eutanasia Lenitiva.

Se presenta cuando se administran calmantes con la intención principal de aliviar dolores, aunque conociendo que ello puede traer como consecuencia secundaria, pero prácticamente segura, la anticipación de la muerte. Este tipo de eutanasia igualmente se equipara a la pasiva.

2.3 EUTANASIA Y HOMICIDIO PIADOSO.

Poner fin a la vida humana, cualquiera que sea la situación física o mental del sujeto, siempre es un tema grave. "El matar por motivos de piedad a un familiar íntimo que sufre alguna enfermedad física o mental irreversible y dolorosa es considerado por la ley inglesa como asesinato y castigado con cadena perpetua. Recientemente se ha sugerido que el matar por piedad debe considerarse un delito criminal distinto, punible como máximo con dos años de cárcel. El Criminal Revisión Committee sugiere, por el contrario, que en la práctica la pena de cárcel sólo debería imponerse en algunos pocos casos".³¹

³¹ SCORER. Gordón, Anthony Wing, Op. Cit., p. 142.

La denominación de homicidio consentido, es para algunos autores aceptable con la reserva de que debe quedar perfectamente en claro que no se trata de aquel consentimiento que aporta la víctima cuando, resignada a su suerte, ofrece el cuello al verdugo, sino que hay algo más de lo que sugiere la elocución usual de homicidio consentido, a saber, que el sujeto pasivo no sólo "consiente", sino que demanda, pide la muerte.

"El auxilio ejecutivo al suicidio no puede confundirse con el llamado homicidio consentido, no con la eutanasia, ya que estas dos formas abarcan casos en que no se trata de un auxilio, sino de una autoría. Por eso, el auxilio ejecutivo requiere siempre un consentimiento expreso, una petición (homicidio a petición) por parte del sujeto... La eutanasia es, por tanto, un concepto diferente dentro del cual quedan también englobados en general los casos de auxilio ejecutivo (pero éste no necesariamente puede tratarse de una buena muerte). La problemática actual de la eutanasia hay que vincularla no con antiguos planteamientos eugenésicos... sino con la cuestión de la muerte digna. Esto es, si el reconocimiento de la dignidad de la persona y, por tanto, su vida, implican también el reconocimiento de que se pueda disponer conforme a ello de un momento culminante de la vida, como es el de la muerte".³²

Por lo anterior, se tiene clara la idea de que el homicidio consentido se refiere al supuesto de la persona que solicita su muerte, y la eutanasia a la muerte provocada por móviles de piedad. La situación de los enfermos terminales

³² DIAZ ARANDA, Enrique, Op. Cit., p. 190.

y con graves minusvalías que solicitan su muerte, ha suscitado una de las problemáticas más complejas de nuestros días, existe una gran imposibilidad de hallar otra solución cuando la vida ha perdido tan completamente su sentido para el que la vive, que sólo se ve, como camino posible, la conclusión violenta de la misma. A primera vista parece que la eutanasia activa directa es equivalente al homicidio consentido, no siendo así.

Cuando se habla de eutanasia activa directa se debe entender a los móviles de piedad que llevan al sujeto a causar la muerte, generalmente producto de la situación denigrante del sujeto pasivo como sucede con ciertas enfermedades. También, la forma de causar la muerte, esto es, sin dolor para el sujeto pasivo. Todos los preceptos anteriores no son necesarios para la integración del tipo de homicidio consentido, ya que este requiere la petición expresa del sujeto pasivo.

La eutanasia pasiva no puede ser equiparada al homicidio consentido, ya que la primera no busca la muerte del paciente, sino, acortar la agonía del mismo, aunque esto culmine con la muerte, mientras que el homicidio consentido, si requiere la intención de quitarle la vida directamente al sujeto pasivo.

Por atipicidad, algunos autores consideran que el consentimiento del sujeto pasivo, siempre y cuando sea consciente, informado y reiterado, tendrá plena relevancia, lo cual daría lugar a la atipicidad a la conducta del sujeto activo,

pero también existen posturas opuestas motivadas en que la voluntad de morir puede ser y de hecho es frecuentemente, puramente circunstancial, fruto de una decisión transitoria, y sobre todo se llegaría a contravenir el sentido de la disponibilidad de la vida única y exclusivamente por su titular. La eutanasia como tal, difícilmente se encuentra regulada en la mayoría de los países, pero el homicidio consentido si se encuentra tipificado, aunque teniendo en su mayoría penas menores a las establecidas en un homicidio simple, el móvil de piedad, de compasión y otros sentimientos altruistas, calificarían al homicidio, con circunstancias que disminuyen la responsabilidad penal del agente, y tendrían el valor de atenuantes, correspondiéndole en definitiva al juez la pena a aplicarse, rebajada según los casos, para lo cual se puede citar lo dispuesto en los códigos penales de:

- ◆ Alemania, "Si alguien es determinado a matar a otro por expresa y seria solicitud de éste, será castigado con prisión no inferior a tres años".
- ◆ Austria, "Quien cause la muerte de otra persona, a solicitud seria e insistente de ésta, será castigado con la pena de prisión de seis meses a cinco años".
- ◆ Dinamarca, "Al que dé muerte a otro a petición expresa de éste se le impondrá la pena de prisión por una duración que puede elevarse a tres años, o con detención simple por una duración de sesenta días como mínimo".

- ◆ Noruega, "Quien causa a otro, con su consentimiento, la muerte o una lesión personal grave, o quien por piedad causa la muerte a un enfermo incurable o le ayuda a suicidarse, podrá ser penado con pena inferior al mínimo previsto o con pena conmutada por otra de inferior gravedad".

- ◆ Italia, "El que causare la muerte de un hombre con su consentimiento será castigado con la pena de reclusión de seis a quince años".

- ◆ Portugal, Homicidio privilegiado. "Será sancionado con pena de prisión de uno a cinco años quien mata a otro dominado por una emoción muy violenta o por compasión, desesperación u otro motivo, de relevante calor social o moral, que disminuya sensiblemente su culpa." Homicidio pedido por la víctima. "Quien mata a otra persona imputable y mayor determinado pero el pedido insistente, consciente, libre y expreso que la persona hizo será sancionado con pena de prisión de seis meses a tres años".

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

- ◆ Costa Rica, "En los casos anteriores los jueces, apreciando las circunstancias personales del culpable, los móviles de piedad o compasión de su conducta y

las circunstancias del hecho, quedan facultados para disminuir la pena a su prudente arbitrio, sin que ésta puede en ningún caso ser inferior a un año”.

- ◆ Bolivia, “Se impondrá la pena de reclusión de uno a tres años, si para el homicidio fueren determinantes los móviles piadosos y apremiantes las instancias del interesado, con el fin de acelerar una muerte inminente o de poner fin a graves padecimientos o lesiones corporales probablemente incurables, pudiendo aplicarse la regla del artículo 39 y aun concederse el perdón judicial”.

- ◆ Uruguay, “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”.

- ◆ México, artículo 127 “Al que prive de la vida a otro, por la petición expresa, libre, reiterada, seria e inequívoca de éste, siempre que medien razones humanitarias y la víctima padeciere una enfermedad incurable en fase terminal, se le impondrá prisión de dos a cinco años”.

En el contexto europeo, en 1991 el Grupo Socialista de Estrasburgo promovió, ante el Parlamento Europeo, la iniciativa del francés: LEÓN SCHWARTZENBERG, en la cual se propugna que en los casos extremos el médico pueda responder favorablemente a los deseos del enfermo que le pida la supresión directa de su vida.

2.4 EUTANASIA Y SUICIDIO ASISTIDO.

Quienes suelen hablar a favor del suicidio lo hacen bajo los siguientes argumentos:

- a) Desde el punto de vista ontológico se ha dicho que se trata de un "suicidio ejecutado por mano ajena", evitando así que se hablara de una autoría o coautoría en el suicidio, lo cual no puede ser posible ya que terminológicamente suicidio significa "acto por el cual un hombre se priva a sí mismo de la vida", esto no ocurre cuando alguien priva de la vida a otro, aunque exista la voluntad de morir del sujeto pasivo, aunque aquí se trata de resaltar la voluntad de morir del sujeto, sin embargo, aún siendo importante dicha voluntad, en el mundo del ser, cuando alguien priva de la vida a otro sólo podemos hablar de un homicidio y no de un suicidio.

- b) Desde el punto de vista técnica legislativa, referentes a las conductas de participación en el suicidio, en donde la voluntad es de morir del sujeto pasivo y no importando quien ejecuta la muerte, indica que estamos ante un suicidio, siendo también erróneo ya que el que ejecuta la acción no es el suicida por lo tanto se habla de un homicidio asistido.

- c) Desde la óptica de la conducta del sujeto activo, se puede decir que se trata de una participación, afirmándose que el suicida mantiene el dominio del hecho y quien ejecuta la muerte actúa como un instrumento de la voluntad del primero, siendo el suicida el autor y el que exterioriza la voluntad.

De cualquier forma se están mezclando los términos de homicidio y suicidio, "No obstante, son de mayor peso las objeciones realizadas en su contra, pues tiene de contradictoria matar a otro o matarse a sí mismo. En efecto si sólo tenemos un hecho, entonces sólo puede ser o bien un homicidio o un suicidio, pero no ambos a la vez..."³³

El doctor Jack Kevorkian, médico egresado de la Universidad de Michigan en los Estados Unidos, es conocido como el "doctor muerte", ya que según sus propias declaraciones, ha asistido a más de 130 personas en una máquina de suicidio inventada por él, que no es del todo complicada, la experiencia ha demostrado que no todos los presuntos suicidas son capaces de activarla por sí mismo para que cumpla su función, sobre todo cuando se padecían impedimentos físicos, siendo así necesaria la intervención de terceros. El aparato al parecer no siempre cumple con el objetivo, teniendo en este caso los terceros que matar realmente al presunto suicida, con métodos violentos como pueden ser con almohadas o bolsas de plástico para provocar la asfixia.

El famoso médico Kevorkian defiende su posición: "lo que yo defiendo, dice, no es la creación de un derecho a la muerte, ni tampoco el derecho a cometer suicidio, lo que esta a discusión es, si un adulto capaz y libre tiene el derecho a decidir por sí mismo, cuánto sufrimiento quiere soportar, y si su médico puede auxiliarlo a lograr una muerte sin traumas, ni dolores. Es decir, tener

³³ Ibidem, p. 183

derecho a optar por la eutanasia, sin sanción legal, ni interferencia por parte de nadie".³⁴

Un interesante artículo titulado " Atención al enfermo terminal. Criterios médicos propuestos para la asistencia médica al suicidio", varios doctores estadounidenses afirman que el suicidio asistido médicamente supone proporcionar un método de suicidio al paciente, que por otro lado, es físicamente capaz de llevarlo a cabo y que consecuentemente actúa bajo su propia responsabilidad.

"Por tanto el suicidio asistido por un médico se distingue de la eutanasia en que, en esta última el médico actúa como causante real de la muerte, como agente material de la acción. Por el contrario, en el suicidio asistido el acto final corresponde exclusivamente al paciente."³⁵

El método usualmente empleado en el suicidio asistido, es la prescripción por parte del médico de una dosis excesiva de un medicamento para que el propio paciente se lo tome. Los métodos seleccionados deberán ser seguros y no añadir nuevo sufrimiento al paciente. Sin embargo la mayoría de las legislaciones penales sancionan el suicidio como ejemplo mencionamos las de los siguientes países:

³⁴ HURTADO OLIVER, Xavier, El Derecho a la Vida ¿Y a la Muerte?, 2º edición, Editorial Porrúa. México 2000, p. 145.

³⁵ SÁNCHEZ JIMÉNEZ, Enrique, *Op. Cit.*, p. 77.

- ◆ Austria, "Al que induzca a otro al suicidio o le preste ayuda se le impondrá la pena de prisión de seis meses a cinco años. La tentativa no es punible".

- ◆ Bolivia, "El que instigare a otro al suicidio o le ayudare a cometerlo, si la muerte se hubiese intentado o consumado, incurrirá en reclusión de dos a seis años. Si con motivo de la tentativa se produjeren lesiones, la sanción será de reclusión de uno a cinco años. Aunque hubiere mediado consentimiento de la víctima en el doble suicidio, se impondrá al sobreviviente la pena de reclusión de dos a seis años".

- ◆ Dinamarca, "El que ayude a otro a suicidarse será penado con multa o detención simple por una duración de sesenta días como mínimo".

- ◆ Italia, "El que determine a otro al suicidio, o refuerce su propósito suicida, o le facilite de cualquier modo la ejecución será penado. Si el suicidio no se produce, será penado con reclusión de cinco a doce años, siempre que de la tentativa de suicidio se derive una lesión personal grave o gravísima..."

- ◆ Noruega, "Quien presta asistencia al suicida o a quien se provoca enfermedad o lesión muy grave, será penado como cómplice de homicidio consentido o de lesiones personales muy graves consentidas. Si la muerte o la lesión personal muy grave no se produce, el agente no será penado".

- ◆ Portugal, "Quien induce a otro a suicidarse, o le presta ayuda para ese fin, será sancionado con prisión de seis meses a tres años, si el suicidio efectivamente se hubiera consumado o intentado".

- ◆ México, el artículo 142 menciona: "Al que ayude a otro para que se prive de la vida, se le impondrá prisión de uno a cinco años, si el suicidio se consuma. Si el agente prestare el auxilio hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, la pena aplicable será de cuatro a diez años de prisión. Al que induzca a otro para que se prive de la vida, se le impondrá prisión de tres a ocho años, si el suicidio se consuma. Si el suicidio no se consuma, por causas ajenas a la voluntad del que induce o ayuda, pero sí se causan lesiones, se impondrá las dos terceras partes de la pena anterior, sin que exceda de la pena que corresponda a las lesiones de que se trate. Si no se causan éstas, la pena será de una cuarta parte de las señaladas en este artículo". y el artículo 143 dice: "Si la persona a quien se induce o ayuda al suicidio fuere menor de edad o no tuviere capacidad de comprender la relevancia de su conducta o determinarse de acuerdo con esa comprensión, se impondrán al homicida o inductor las sanciones señaladas al homicidio calificado o a las lesiones calificadas".

2.5 EL DERECHO A MORIR.

Las discusiones en torno al fundamento del derecho a una muerte digna, tienden a centrarse básicamente, en si es defendible que el significado último de este derecho sea precisamente el derecho a escoger el momento y forma de la muerte y por tanto a ser ayudado a morir.

Su reconocimiento fue solicitado en 1950 por la "Euthanasia Society of America", que pidió su inclusión en la Declaración Universal de los Derechos del Hombre, independientemente de ser considerado como un "derecho humano", la forma y reconocimiento de esta idea como "derecho positivo", es algo que debería revestir vital importancia en el cuerpo ejecutivo, legislativo y judicial de un Estado soberano.

El proyecto ideológico que subyace a la mentalidad de la muerte con dignidad o del derecho a una muerte digna, consiste en la aceptación de que la dignidad humana es minada, o incluso alevosamente destruida por el sufrimiento, la debilidad, la dependencia de otros y la enfermedad terminal. Se hace, por tanto, necesario rescatar el proceso de morir de esas situaciones degradantes, mediante el recurso a la eutanasia o al suicidio ayudado por el médico. Sobre este fondo, la mentalidad pro-eutanasia, construye su noción de morir con dignidad asignando al sufrimiento moral, al dolor físico, a la incapacidad, a la dependencia de otros, a la enfermedad terminal, un valor negativo, destructor de la dignidad humana. La muerte digna es la única solución para poner término a la permanente indignidad de vivir esas vidas sobrecargadas de valores negativos, carentes de valor vital.

El deseo de tener control sobre cómo morir supone un fuerte revés para la ética de la santidad de la vida. Un deseo que no satisfarán las concesiones a la autonomía del paciente dentro de la estructura de esa ética: un derecho a negarse a los medios extraordinarios de tratamiento médico o a emplear drogas como la morfina, destinada a aliviar el dolor, pero que tiene el efecto secundario,

no intencionado pero previsible de acortar la vida. "El derecho a negarse a un tratamiento médico sólo puede ayudar en el limitado número de casos en que conduce a una muerte rápida y sin dolor".³⁶

Los activistas pro-eutanasia repiten hasta la saciedad que la opción de morir con dignidad está estrechamente vinculada al derecho a escoger el tiempo y el modo de la propia muerte, según los criterios de una ética hedonista. Tal como señalaba de modo paradigmático el "Alegato a favor de la Eutanasia Beneficiente", de la Asociación Humanista Americana, cuando la vida carece de dignidad, hermosura, promesa y significado, y la muerte se retrasa con periodos interminables de agonía y degradación vital, no se puede decir que eso sea la vida de un ser humano, porque tolerar o aceptar el sufrimiento innecesario es inmoral.

La calidad de la vida resulta un factor determinante para saber cuando conviene alargar el proceso de la muerte, se ha presentado un cambio en la mentalidad de las nuevas generaciones, en el cual ya no hay una influencia de la religión, creándose una nueva actitud hacia la existencia humana.

La Iglesia Católica Romana resume así estos cambios: "una cultura que no valora la experiencia y la sabiduría de los ancianos, que teme y se siente intimidada por la enfermedad, será menos probable que se oponga a su exterminio (de los ancianos); una cultura vacía de visión de valores que trascienden al tiempo y a la voluntad del individuo, es probable que opte por

³⁶ SINGER, Peter, Op. Cit., p. 150.

soluciones inmediatas a lo que teme. Y por último, una cultura de juventud e intermediación placentera, se mostrará egoísta y a disgusto con el empleo de recursos para atender a los marginados y enfermos".³⁷

Corresponde a los filósofos del Derecho determinar si esta nueva pretensión humana cumple con los requisitos de justificación racional, es decir:

- a) Si responde a una necesidad humana básica objetivamente importante, cuyo no reconocimiento supondría una grave amenaza para la idea de la dignidad humana;
- b) Si es una necesidad que se pueda adscribir objetivamente a los sujetos, es decir, supeditada a fines que no dependan de los deseos o preferencias del agente;
- c) Si esa necesidad expresa contenidos, que en este momento histórico se admiten como universales.

El derecho a morir con dignidad es una expresión del principio ético de autonomía o autodeterminación, por ello es muy importante tener en cuenta las condiciones en las que una determinada decisión es realmente autónoma.

³⁷ HURTADO OLIVER, Xavier, *Op. Cit.*, p. 140-141.

"Si un paciente no está correctamente informado acerca de la naturaleza de su enfermedad, de las opciones diagnósticas y terapéuticas posibles, junto con los riesgos y efectos secundarios de cada una, así como del pronóstico a corto, medio y largo plazo, entonces es muy difícil que cualquier decisión que tome sea autónoma".³⁸

Apenas merece más que unas pocas líneas la referencia obligada a la condena ética que ha recibido el encarnizamiento terapéutico. La condena es universal: viene de las instancias pro-vida, lo mismo que desde las filas de los pro-eutanasia; de las organizaciones profesionales de médicos y enfermeras, lo mismo que de los comités nacionales o internacionales de bioética. Lo notable del caso, es que todas esas condenas, vengan de donde vengan, señalan que la obstinación terapéutica es un atentado a la dignidad del morir.

Nadie duda hoy de que la obstinación terapéutica constituye un error, médico y ético, muy difícil de justificar. Todos comparten la idea de que aplicar tratamientos deliberadamente inútiles cuando ya no hay esperanza razonable de recuperación, en particular cuando provocan dolor y aislamiento, quebranta la dignidad del moribundo.

La Declaración *lura et bona*, de la Congregación para la Doctrina de la Fe, que describía sucintamente esa conexión de este modo: "Es muy importante hoy proteger, en el momento de la muerte, la dignidad de la persona humana y la

³⁸ URRACA MARTINEZ, Salvador, Eutanasia hoy un debate abierto, 5ª edición, Editorial Noesis, S.L., Madrid 1998, p. 332.

concepción cristiana de la vida contra un tecnicismo que corre el riesgo de hacerse abusivo. De hecho, algunos hablan de "derecho a morir", expresión que no designa el derecho de procurarse o hacerse procurar la muerte a voluntad, sino el derecho a morir con serenidad, con dignidad humana y cristiana".

2.6 EL DERECHO Y LA DIGNIDAD HUMANA.

El derecho a la dignidad humana, es un valor espiritual y moral inherente a la persona, manifestado en la autodeterminación consciente y responsable de la propia vida y que lleva consigo la pretensión al respeto por parte de los demás; es la expresión genérica en la que se encuentran subsumidos todos los demás derechos del hombre, ya que todos ellos se encaminan a que viva dignamente.

La dignidad humana nunca fue, en la antigüedad pagana, un atributo humano universal. Había ciertamente entre los clásicos un sentido de la dignidad, pero era la dignidad del hombre excelente, virtuoso, que vivía en condiciones de desarrollar sus virtudes y sus excelencias humanas. El concepto romano de *humanitas* se empleaba para describir la dignidad de una personalidad equilibrada y educada, que se encontraba en exclusiva, entre los individuos más descolantes de la aristocracia romana. La dignidad no era intrínseca, como tampoco lo eran los derechos humanos. Extensos grupos sociales carecían de ellos. La desigualdad era un rasgo natural de la sociedad. Se aceptaba como una realidad inevitable que hubiera esclavos o extranjeros, destinados a trabajos duros o degradantes, que podían ser torturados o consumidos en labores productivas o en diversiones. La

plenitud física era elemento esencial de esa aristocrática dignidad humana: los enfermos crónicos, los tullidos o los deformes eran tenidos por indignos, y su muerte era propiciada por la exposición y el abandono.

De la libre autodeterminación subjetiva del enfermo terminal, se pasa a la apreciación por un tercero de unas condiciones presuntamente objetivas, capaces de justificar por sí solas la eliminación de una vida a la que ya no cabría ni tener derecho. Debe darse por descartado que pudiera bastar la mera voluntad de sobrevivir para que se dieran por cumplidas tales condiciones; ello equivaldría a admitir que la vida propia tendría la calidad que cada cual subjetivamente decidiera conferirle, con lo que se estaría pasando inadvertidamente, a defender el carácter renunciabile del derecho a la vida, previamente rechazado.

"Si uno esta reconciliado con la muerte o incluso si está bastante seguro de que tendrá una muerte buena, digna, entonces cada momento de cada día se transforma porque la corriente subterránea penetrante (el miedo a la muerte) queda eliminada".³⁹

Tanto los detractores como los defensores de la eutanasia recurren a menudo en sus argumentaciones a la capacidad de convicción, presuntamente definitiva, de la dignidad humana.

³⁹ RODRÍGUEZ ESTRADA, Mauro, ¿Eutanasia o autanasia? por una muerte digna. Editorial el Mural Moderno, Bogotá 1996, p. 86.

Los autores que se pronuncian en contra de la licitud de la eutanasia, entienden la "dignidad humana" como un valor que implica la obligación de conservar la propia vida, considerando que no es justificable la eutanasia por que su practica constituye un atentado a la dignidad, ya que elimina al sujeto que es soporte de esa dignidad, proponen que el paciente no sufra inútilmente, con el derecho a que no se le prolongue ni se le quite la vida de un modo artificial, es decir, tener el derecho a morir naturalmente.

Para los defensores de la legalización de la eutanasia, la dignidad posee otro significado, que es el derecho a elegir el momento, lugar y modo de la propia muerte, basándose en la autonomía y libertad de la persona, y en la negativa a que sea usada como medio o instrumento de nada o de nadie, el respeto a la dignidad tendría su expresión no sólo en cómo se vive, sino que también en cómo se muere, alcanzar la muerte cuando ya nada pueda hacerse, por devolver a la vida la calidad a la que todo ser humano tiene derecho.

Se afirma que la vida humana es un bien precioso, dotado de una dignidad excelente, que se reparte en medida desigual entre los seres humanos, y que, en cada individuo, sufre fluctuaciones con el transcurso del tiempo, hasta el punto de que puede extinguirse y desaparecer: la dignidad consiste en calidad de vida, en fundada aspiración a la excelencia. Cuando la calidad decae por debajo de un nivel crítico, la vida pierde su dignidad y deja de ser un bien altamente estimable. Sin dignidad, la vida del hombre deja de ser verdaderamente humana y

se hace dispensable: esa vida ya no es vida. Entonces, anticipar la muerte es la solución apetecible cuando la vida pierde su dignidad.

“Hay, no obstante, una conclusión que parece generalmente aceptable: la de que la dignidad implica en todo caso el no sometimiento de la persona a tratos inhumanos y degradantes que pudieran producirse con la aplicación de ciertos tratamientos a los enfermos que están en fase terminal, ya que el llamado encarnizamiento terapéutico convierte al enfermo en un simple medio u objeto médico de experimentación, al no existir expectativas razonables de que ese enfermo pueda continuar viviendo”.⁴⁰

“La influencia moral de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, está abriendo vías muy positivas en la integración y consolidación de una verdadera cultura de respeto a estos derechos que dan sentido y que justifican la dignidad de la vida humana”.⁴¹

Entre los Derechos Humanos se encuentran el derecho de respeto a la vida, al respeto de la dignidad humana y a la salud, también en la declaración de Lisboa (1981), se especifica que los derechos del paciente incluyen: el de elegir libremente al médico; de exigirle que sus decisiones clínicas y éticas estén libres de toda influencia externa; de aceptar o rechazar el plan de tratamiento propuesto por el médico; de que se respete la información confidencial; de que se le permita

⁴⁰ MARCOS DEL CANO, Ana María, La eutanasia, estudio filosófico y jurídico, Marcial Pons' Ediciones Jurídicas y Sociales, Barcelona 1996, p. 243.

⁴¹ QUINTANA ROLDAN, Carlos, Norma D. Sabido Peniche, Derechos humanos, 2º edición, Editorial Porrúa, México 2001, p. 174.

morir con dignidad y de aceptar o negar el apoyo espiritual y moral. Emanuele Kant dice: "...existen cosas máspreciadas que la vida... Vivir no es algo necesario, pero sí lo es vivir dignamente... Ni el infortunio ni un destino adverso deben desalentarnos para continuar viviendo, en tanto que pueda vivir dignamente como corresponde hacerlo a un hombre".⁴²

Curiosamente, las actitudes pro-vida y pro-eutanasia coinciden en un punto capital: la condena del encarnizamiento terapéutico que, además de ser mala medicina, es siempre un grave atentado a la dignidad del moribundo. La tradición bíblico-cristiana proclama el respeto a la vida, afirma que la dignidad humana es, compartida por igual por todos los hombres aseguno que esa dignidad no sucumbe al paso de los años, ni se degrada por la enfermedad y el proceso de morir.

Conviene, sin embargo, señalar que la noción de la universal dignidad del hombre, no es sólo religiosa: ha entrado a formar parte también del derecho. Y así, por ejemplo, una Recomendación de La Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa sobre los derechos de los enfermos y los moribundos, invita a los gobiernos a "definir con precisión y otorgar a todos el derecho de los enfermos a la dignidad y la integridad. La Asamblea ha reforzado recientemente su postura al término de un reciente debate (junio de 1999) sobre la protección de los derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y de los moribundos

⁴² DIAZ ARANDA, Enrique, Op. Cit., p. 129.

CAPITULO 3
ANÁLISIS DEL ARTÍCULO 345 DE LA
LEY GENERAL DE SALUD.

3.1 SIGNOS NEGATIVOS DE LA VIDA.

Como el nacimiento, la muerte forma parte de los acontecimientos naturales, es parte inseparable de la vida del hombre y es una utopía pretender olvidarla o relegarla, se está creando una nueva conciencia, en numerosos sectores, de que es necesario asumir nuevas actitudes sociales ante el hecho de la muerte.

Nadie ha podido demostrar hasta ahora, en qué momento puntual y concreto se produce la muerte de un individuo. El fallecimiento de un ser vivo, no es un hecho instantáneo y homogéneo, sino un proceso lento y evolutivo, en el que poco a poco van claudicando las distintas funciones vitales.

Uno de los signos negativos más simples y difundidos es la falta de tonos cardíacos en la auscultación de los focos semiológicos durante doce o veinte minutos.

El estado de la respiración da un dato muy difundido. Colocando un espejo delante de la boca se empaña por los gases de la espiración y no se modifica si el sujeto ha fallecido. La ausencia de cualquier tipo de movimiento corporal (incluyendo movimientos respiratorios y latido cardíaco) ha sido el dato

más aceptado a través de las distintas culturas para definir la muerte en un individuo. Ello estaba motivado porque a partir de ese momento se desencadenaban rápidamente diversos procesos de desestructuración orgánica (rigidez, putrefacción, etc.,) identificados con la muerte.

El enfriamiento es un fenómeno espontáneo de orden físico. La pérdida de temperatura puede ser anterior a la muerte en ciertos estados patológicos: caquexia, hemorragia, etc. pero esto es difícil de confundir con el fenómeno cadavérico. La pérdida de la temperatura de un cadáver es constante, pero su marcha es muy variable. Si se toman los términos medios, se considera que en las primeras horas es lenta (medio grado por hora), para aumentar en las siguientes y hacerse más lenta.

Rigidez cadavérica, consiste en un proceso fisicoquímico de endurecimiento y fijación muscular. La lividez cadavérica, se presenta cuando después de la muerte, la sangre obedeciendo a leyes físicas de gravedad, baja hacia los sitios declives del cadáver y esta traslación constituye uno de los tipos de circulación póstuma. En virtud de ello, se acumula en regiones bajas de las vísceras y de la piel.

El cese irreversible de la función cardio-respiratoria, la cesación es reconocida por un apropiado examen clínico, el cual señalará al menos, la ausencia de respiración, de latidos cardiacos y de esfuerzos respiratorios. Circunstancias médicas pueden requerir el uso de un examen confirmatorio como

el electrocardiograma (ECG). El desarrollo de técnicas de soporte vital ha modificado el pronóstico de un gran número de procesos que clásicamente abocaban a la parada cardiorrespiratoria. Actualmente gran número de enfermedades que antes se consideraban letales pueden ser controlados mediante ventilación mecánica, asistencia circulatoria, etc., de manera que el individuo puede reincorporarse posteriormente a una vida normal, en el caso de que dichos procesos no sean controlados, se produce la parada cardíaca y la muerte del ser vivo.

El cese irreversible de función del encéfalo, las funciones cerebrales están ausentes y debe haber coma profundo, esto es, falta de receptividad y de respuesta cerebral. Las circunstancias pueden requerir el uso de estudios confirmatorios como el electroencefalograma (EEG) o estudios de flujo sanguíneo.

3.2 DIAGNOSTICO DE LA MUERTE CEREBRAL.

Se creó un Comité Ad Hoc de la Facultad de Medicina de Harvard para Examinar la Definición de Muerte Cerebral, integrado por un grupo de personas que mas tarde iba a ser conocido como el Comité sobre la Muerte Cerebral, compuesto por diez médicos, un historiador, un abogado y un teólogo, ellos alegaban que el concepto actual de muerte, de aquellos tiempos era obsoleto, ya que sólo se tomaba como muertas a aquellas personas a las que les dejaba de latir el corazón y dejaban de respirar.

"la muerte cerebral se aceptó con mucha facilidad porque no perjudicaba a los pacientes en estado de muerte cerebral y beneficiaba a todos los demás: las familias de los pacientes en estado de muerte cerebral, los hospitales, los cirujanos de trasplantes, la gente que teme que un día puedan mantenerla en un respirador después de que se cerebro haya muerto, los contribuyentes y el gobierno. Los ciudadanos en general comprendieron que, si se ha destruido el cerebro, no se puede recobrar el conocimiento, y que no hay razón para mantener con vida un cuerpo".⁴³

El cerebro del paciente en situación de muerte cerebral, es un órgano en el que se han perdido todas las funciones intrínsecamente, neurológicas. No obstante pueden persistir algunas funciones no específicamente neurológicas, existiendo además, en la mayoría de los pacientes algún grado de actividad metabólica, mas atribuible a la persistencia de actividad de las células gliales, que a las neuronas.

El diagnóstico de muerte cerebral, debe ser realizado por los médicos que atienden al paciente, siendo recomendable que tengan experiencia en diagnóstico neurológico. Las pruebas instrumentales que se practiquen para el diagnóstico (EEG, Potenciales evocados, arteriografía) es conveniente, aunque no imprescindible, que sean interpretadas por los diversos especialistas (neurofisiólogos, radiólogos, etc..).

⁴³ SINGER, Peter, Op. Cit., p. 44.

Antes de realizar pruebas diagnósticos de muerte cerebral que puedan tener un efecto deletéreo sobre el cerebro es conveniente realizar aquellas que no afectan al mismo, ya que en el caso de no confirmarse la muerte se puede sobreañadir daño al mismo. Así, el test de la apnea (que produce hipertensión endocraneal) debe ser la última exploración clínica en realizarse y se llevan a cabo los siguientes pasos:

1. Exploración clínica del paciente en muerte cerebral. Desde el punto de vista neurológico, es similar a la de un fallecido por parada cardiaca. La única diferencia notable es la posibilidad de encontrar en los pacientes en muerte cerebral reflejos de origen medular. No obstante, es conveniente sistematizar la exploración neurológica de los pacientes. Un protocolo de exploración clínica de muerte cerebral debe incluir los siguientes apartados:
 - a) Pupilas en posición media o dilatada. No es requisito indispensable que tengan el mismo tamaño.
 - b) Ausencia de reflejo foto motor. Al iluminar las pupilas con una luz potente, no se produce ninguna modificación del tamaño de las pupilas.
 - c) Ausencia de movimientos oculares, espontáneos o provocados.
 - d) Ausencia de parpadeo espontáneo. Los párpados permanece flácidos y sin movimiento.

- e) Ausencia de reflejo corneal. Al estimular la córnea (utilizar una torunda de algodón) no hay ningún tipo de respuesta motora (no parpadeo, no retirada) ni vegetativa (no lagrimeo ni enrojecimiento).
- f) Ausencia de movimientos faciales. No se observa ningún tipo de movimiento de la cara:
- ◆ De manera espontánea.
 - ◆ Al producir un estímulo doloroso en la cara.
 - ◆ Ni al producir un estímulo doloroso en torax, miembros o abdomen.
- g) Ausencia de movimientos musculares espontáneos. No se producirá ningún tipo de respuesta motora corporal al provocar estímulos faciales. En la mayor parte de los pacientes en muerte cerebral tampoco se detectan respuestas motoras somáticas (entendiendo por tales las generadas en grupos musculares de cuello, tórax, abdomen y extremidades) cuando se provoca un estímulo en territorios somáticos. No obstante en algunos pacientes en muerte cerebral es posible detectar respuestas motoras somáticas cuando el estímulo que lo desencadena parte de cualquiera de los mencionados territorios, constituyendo los denominados reflejos medulares o espinales, cuya presencia no invalidan el diagnóstico de muerte cerebral.
- h) Ausencia de reflejos oculo vestibulares. Tras elevar la cabeza 30° sobre la horizontal, se inyectan 50 ml. de agua helada en cada conducto auditivo

externo. Manteniendo los párpados abiertos podremos objetivar la ausencia de movimiento oculares tras la irrigación.

- i) Ausencia de reflejos oculocefálicos. Se mantienen los párpados abiertos y se realiza un giro brusco de la cabeza de un lado a otro, manteniéndose al menos de forma breve los puntos finales, objetivándose cómo la mirada sigue los movimientos de la cabeza y la ausencia de la respuesta contraversiva habitual.

- j) Ausencia de reflejo nauseoso. Al estimular mediante una sonda la base de la lengua y la pared posterior de la faringe, no se obtiene ninguna respuesta.

- k) Ausencia de reflejo tusígeno. Al introducir repetidamente una sonda a través del tubo endotraqueal hasta vías respiratorias bajas, no se obtiene ningún tipo de respuesta. Suele ser el último reflejo que desaparece.

- l) Ausencia de respiración espontánea. Previa oxigenación del paciente durante 20 minutos con oxígeno al 100% retirando al paciente del respirador y administraremos a través del tubo endotraqueal un flujo de oxígeno a 6 litros por minuto, esperando el tiempo suficiente. Tras ello podemos comprobar cómo no se produce ningún tipo de movimiento respiratorio. Debe ser la última exploración clínica que debe practicarse.

2. Pruebas instrumentales en el paciente en muerte cerebral. Existen diversas pruebas instrumentales útiles para demostrar ausencia de funciones del sistema nervioso central. No obstante ninguna de ellas explora la globalidad de las funciones neurológicas, y son solo una parte del protocolo diagnóstico. Existen además algunas pruebas que aunque no exploran las funciones de sistema nervioso central, sí demuestran la presencia de fenómenos íntimamente relacionados con la muerte cerebral, como es la parada circulatoria cerebral. Las técnicas diagnósticas de esta, son por tanto, elementos muy útiles como complemento diagnóstico de las pruebas de función. En un paciente en muerte cerebral, podríamos realizar los siguientes tests:

- a) Test de la atropina. Ausencia de respuesta a la atropina. Al inyectar 0.04 mgr/Kg de Atropina intravenosa no se observa elevación de la frecuencia cardíaca por encima del 10% de la frecuencia base. Explora tronco cerebral. Debe realizarse siempre después de la exploración clínica.
- b) Electroencefalograma isoelectrico realizado según los requisitos de la Sociedad Americana de Electroencefalografía. Explora actividad eléctrica cerebral.
- c) Potenciales evocados multimodales. Las respuestas evocadas multimodales, que mediante estímulos sonoros, luminosos y eléctricos examinan las vías somatosensoriales, visuales o auditivas, muestran como nivel más alto de procesamiento de señales nerviosas el bulbo raquídeo. Se

ha demostrado la resistencia de los Potenciales Evocados a la acción de drogas depresoras del sistema nervioso central. Explora diversos tramos de Sistema Nervioso.

- d) Sonografía Doppler transcraneal. El proceso de parada circulatoria se objetiva mediante el desarrollo progresivo de modificaciones de la onda de flujo cerebral. La progresiva separación de las ondas sistólica y diastólica es seguida de la aparición de una onda de flujo diastólica invertida para en un estadio final desaparecer todo el flujo diastólico. Explora la circulación cerebral.
- e) Arteriografía cerebral de los 4 vasos. Tras la inyección de contraste en los grandes troncos cerebrales se observa la ausencia de relleno de los vasos intracraneales. Explora la circulación cerebral.
- f) Estudios de perfusión con isótopos. Tras la inyección de sustancias marcadas con pertecnectato-99 se observa, en el paciente en muerte cerebral una ausencia de la perfusión cerebral. Explora la circulación cerebral. Un nuevo trazador el HMPAO-Tcgg realiza no solo una exploración de la perfusión cerebral, sino también de la captación. El test se realiza en los primeros 1-2 minutos (prueba de perfusión), y entre los 5-10 minutos (prueba de captación), si en ambas negativas en el paciente en muerte cerebral.

- g) Otras pruebas instrumentales. Medición de la presión intracraneal y de la presión de perfusión cerebral. Ausencia del consumo cerebral de oxígeno. Otras.

3. Factores que pueden simular una situación clínica de muerte cerebral.

- a) Pupilas arreactivas. Enfermedades oculares o intervenciones quirúrgicas previas, bloqueantes neuromusculares o fármacos anticolinérgicos.
- b) Ausencia de reflejos oculocefálicos y/u oculovestibulares. Enfermedades previas del oído, bloqueantes neuromusculares, fármacos anticolinérgicos, sedantes, barbitúricos, otros.
- c) Ausencia de respiración espontánea. Bloqueantes neuromusculares, hiperventilación previa al test de la apnea.
- d) Ausencia de actividad motora. Bloqueantes neuromusculares, sedantes o síndrome de cautiverio.
- e) E.E. G. Isoeléctrico. Barbitúricos a dosis altas, hipotermia.

4. Elementos diagnósticos a emplear para el diagnóstico de muerte cerebral. No siempre es posible emplear todos los métodos antes descritos para el diagnóstico de muerte cerebral, como para cualquier diagnóstico médico, deben emplearse todos aquellos métodos que la prudencia de los médicos que

diagnostican exija. Por su accesibilidad y difusión, debe realizarse una exploración clínica completa y un electroencefalograma. No obstante, dada la trascendencia del diagnóstico, deben utilizarse aquellos medios de los que disponga el hospital donde se encuentre el paciente.

5. Tiempo de espera para establecer el diagnóstico de muerte cerebral. Cuando se describieron los primeros criterios de muerte cerebral, los signos clínicos y complementarios habían de mantenerse al menos catorce horas antes de establecerse el diagnóstico de muerte cerebral. Hoy es posible afirmar, que ante un coma de causa conocida, y una vez excluida la existencia de agentes que pudieran interferir el diagnóstico, un paciente que presente una exploración clínica de muerte cerebral y un electroencefalograma plano y tras constatación de la existencia de parada circulatoria cerebral, puede emitirse sin dilación el diagnóstico de muerte cerebral.
6. Situaciones conflictivas del diagnóstico de muerte cerebral. El diagnóstico en niños, o en pacientes bajo efectos de drogas depresoras de sistema nervioso central.
 - a) En casos de recién nacidos los criterios diagnósticos deben considerarse útiles después de siete días de la agresión cerebral; en pacientes entre siete días de edad y menores de dos años es necesario incrementar los periodos de observación hasta cuarenta y ocho horas; en pacientes entre dos meses y año, se recomiendan dos exámenes separados al menos en veinticuatro horas. Igualmente, en el caso de niños, se recomienda una

prudente ampliación de los periodos de observación clínica cuando sea difícil asegurar la irreversibilidad de la lesión, como es el caso de la encefalopatía isquémico-anóxica. No obstante, el empleo de técnicas diagnósticas que estudian la perfusión cerebral para comprobar la parada circulatoria cerebral, puede acortar estos periodos de observación.

- b) En el caso de efectos de drogas depresoras de sistema nervioso. Y siempre que exista una causa bien definida de lesión cerebral, es aconsejable recurrir al empleo de pruebas refractarias al efecto de dichos fármacos, tales como los potenciales evocados multimodales o las pruebas que confirman la parada circulatoria Cerebral.

Previo a la realización del diagnóstico de muerte cerebral es imprescindible conocer la causa de la lesión cerebral (traumatismo craneal, tumor cerebral, anoxia, etc...) y descartar que el paciente esté bajo efectos de agentes físicos, como la hipotermia inducida o farmacológicos; descartar sobre todo la administración previa de barbitúricos, paralizantes musculares o anticolinérgicos que pudieran simular la exploración física de un paciente en muerte cerebral. También es importante plantear el posible diagnóstico de la presencia de una situación hemodinámica estable, sobre todo la presencia de una tensión arterial normal, ya que la hipotensión arterial severa puede también simular la muerte cerebral.

3.3 DEFINICIÓN DE MUERTE CLÍNICA.

No hace demasiado tiempo una persona de forma irrevocable se encontraba viva o muerta, considerando al fin de la vida como un momento instantáneo. Pero con el avance de la tecnología médica esta sencilla afirmación se ha hecho incierta ante la institucionalización de la prolongación de la agonía como paso intermedio y obligatorio entre la vida y el fin de la existencia.

La crisis de la noción de muerte comenzó alrededor del año 1967 con el primer trasplante cardíaco en donde la principal discusión se refería a si era "un proceso" o "un instante único".

"Algunos médicos y bioeticistas argumentaron que se debía redefinir el concepto de muerte en términos de las funciones cerebrales. En 1968, el Comité ad hoc de la Escuela de Medicina de Harvard estableció una serie de pautas para diagnosticar cuándo las funciones cerebrales de una persona habían cesado permanentemente. Estas pautas fueron confirmadas, dado que aquellos individuos que fueron diagnosticados como muertos cerebralmente nunca recuperaron sus facultades mentales. Pese a la oposición inicial a este concepto de muerte cerebral, por parte de algunos grupos religiosos, este criterio por lo general es el aceptado".⁴⁴

Hoy en día la muerte no es un momento, sino un proceso de cesación progresiva del funcionamiento de los distintos órganos, comenzando por

⁴⁴ GIOIA, Alberto y María Gristof, Decisiones de Vida y Muerte y otros temas de ética médica. Editorial Sudamericana, Buenos Aires 1995, p. 119.

la paralización irreversible de alguna función vital y terminando con la muerte celular (determinación del momento de la muerte y la presunción legal del consentimiento del dador en el transplante cadavérico de órganos). Es en razón que se establecen ciertos requisitos indispensables a través de los que se puede deducir que el proceso ha comenzado su curso, momento a partir del cual se puede decir que la persona esta muerta, aunque el referido proceso no haya concluido. Las pautas dadas refieren ni más ni menos a las condiciones mínimas para determinar lo que comúnmente denominamos "muerte cerebral" a la que podemos indicar como el primer paso al procedimiento que conlleva al final del ser. Una de las consecuencias de esta redefinición del concepto de muerte, es que permite que se saquen de los respiradores a personas con muerte encefálica, y que se puedan donar sus órganos.

El estado vegetativo persistente se destaca por ser una situación resultante de una lesión cerebral grave, si bien no están en muerte cerebral no son capaces de recobrar vida cognoscitiva. Estas personas tienen destruida la corteza cerebral por lo que no son capaces de sentir sufrimiento, presentando una patología de base que en su evolución ordinaria, conduce a la muerte.

"Algunos bioeticistas, sin embargo, consideran que el criterio de muerte cerebral es demasiado conservador. Después de todo, ¿qué es lo que hace que un ser humano sea una persona?, las respuestas parecen sintetizarse en: ser consciente, mantener la capacidad de razonar, establecer relaciones con otra gente, comunicarnos con otros, estas funciones, que se consideran

superiores, se encuentran en la zona neocortical del cerebro y, cuando esta parte deja de funcionar, la persona propiamente dicha deja de existir... Habría sin embargo, una diferencia intuitivamente difícil de resolver. En el caso de muerte neocortical, los cuerpos muertos, a veces, respiran sin necesidad de respirador, bostezan, atraviesan ciclos de sueño, tragan...Puede resultar difícil y polémico declarar que están muertos, aun cuando nunca puedan volver a tener conciencia y sus vidas sean meramente vegetativas".⁴⁵

El misterio de la vida (y su consecuencia natural, la muerte) no pueden llegar a constituirse nunca en objeto acabado de una descripción científica. He aquí un dilema constante tanto para el sentimiento lúcido, la intuición, la inteligencia libre, la conjetura, el destino del ser es incierto y la noción de muerte esta lejos de manifestarse simple y lineal, sino que por el contrario se presenta ambigua y calidoscópica, estamos ante un acertijo antropológico que más que aproximar respuestas nos deja un abanico de interrogantes.

3.4 MEDIOS MEDICOS ARTIFICIALES UTILIZADOS PARA MANTENER VIVA A LA PERSONA.

El ventilador o respirador como también se le conoce, es un mecanismo relativamente sencillo, fue creado durante la epidemia de polio que asoló al mundo en los años cincuenta, un médico danés, al ver que los niños afectados de polio morían porque no podían respirar, ingenió una forma de utilizar bolsas de aire para bombear oxígeno a los pulmones de los niños. Durante una

⁴⁵ Ibidem, pp. 119-120.

semana todos los estudiantes de medicina y enfermeras de la facultad de medicina de Copenhague bombearon aire en los pulmones de las víctimas de polio, pero se busco una mejor forma de hacerlo, así que se acoplo una bomba mecánica a la bolsa de aire, en vez de una enfermera o un estudiante.

Pronto hubo respiradores en todos los hospitales, que salvaron la vida a muchas personas. Algunas de éstas víctimas de accidentes, personas que habían tomado una sobredosis de droga y diabéticos que habían entrado en coma, quienes solo necesitaban una ayuda temporal para poder respirar y pronto recuperar su salud.

Sin embargo, a otros pacientes el respirador les aportó un beneficio mucha más dudoso: seguían vivos y sus corazones continuaban latiendo, pero estaban inconscientes y parecía que iban a seguir de este modo, con nuevas máquinas capaces de bombear aire a los pulmones indefinidamente, los pacientes aparentemente no experimentaban nada. Para la familia el respirador se convirtió en una larga agonía, por que si la persona que querían ya no podría recuperar nunca el conocimiento, está se había ido para siempre.

El agua y los alimentos, ya sea que se suministren oralmente o por medios artificiales, a veces son retirados, no porque el paciente ya se está muriendo, sino precisamente porque el paciente no se está muriendo o no se está muriendo rápidamente, y alguien cree que sería mejor que se muriera, generalmente porque cree que la "calidad de vida" del paciente es inaceptable. La

comida, el agua y el oxígeno no son "tratamientos", sino parte fundamental del cuidado médico y son por lo tanto derechos fundamentales. A ningún paciente se le debe privar del agua y de los alimentos mientras éstos lo puedan beneficiar y mantener con vida.

El Obispo James T. McHugh, de Camden, Estado de Nueva Jersey, EE.UU., aclaró la cuestión cuando dijo: "El alimento y el agua no curan a un paciente comatoso; pero le conservan la vida. No le causan sufrimiento al paciente ni son considerados una tecnología médica excepcional o experimental. Si el suministro de agua y alimentos se discontinúa, el paciente morirá porque una nueva causa mortal ha sido introducida, esto es, la privación deliberada de la alimentación y del agua, que en el lenguaje común se llaman inanición y morir de sed".

En todos los casos en los que se está considerando retirar el agua y los alimentos por medios artificiales a un paciente, debe cumplir con ciertas condiciones: la persona está tan cerca de la muerte que la alimentación y el agua no le proporcionarán ningún bien y el paciente morirá de forma natural antes que el hambre y la sed le causen un sufrimiento significativo.

3.5 ¿PROLONGACIÓN DE LA VIDA O DE LA MUERTE?

¿Qué es más importante: la prolongación de la vida o la terminación de su sufrimiento?. La medicina moderna ha creado el problema de no saberse si en ciertos casos se está logrando prolongar la vida o entorpecer el proceso de

muerte inevitable; si una terapia es inefectiva para conservar la vida, ¿está permitido suspenderla aunque sobrevenga la muerte?

"Los cristianos consideran que la vida es sagrada, un don del Creador otorgado al hombre para que la disfrute y la enaltezca en su gloria, de la que puede disponer para honrar su imagen, pero sin facultades para exterminarla; esto último es tarea que corresponde exclusivamente a Dios. Por eso el suicidio como el homicidio son pecados de la mayor gravedad. Aun así, bajo ciertas condiciones la eutanasia pasiva, el retiro de recursos médicos al paciente desahuciado es aceptado, cuando el proceso de muerte es irreversible y las consecuencias de prolongar la existencia del enfermo causan a él, a la familia o a la comunidad más daños que beneficios".⁴⁶

Se acostumbra decir que existen medios proporcionados y desproporcionados, para la determinación de unos u otros, debe estudiarse el tratamiento a seguir, su grado de complejidad o riesgo, su costo y las posibilidades de usarlo, tomando en consideración el estado del enfermo y sus recursos físicos y morales, esto con el fin de darle un verdadero alivio y no prolongar la agonía.

El progreso de la medicina ha hecho posible que mediante toda una serie de técnicas médicas puedan darse casos en los que se mantiene artificialmente la respiración, la circulación sanguínea, la presión arterial, etc., en

⁴⁶ HURTADO OLIVER. Xavier. Op. Cit., p. 149.

las personas cuyo cerebro ha dejado de funcionar, lo que hace posible que en la actualidad no sean pocos los problemas que ello plantea.

“Hoy en día, el objetivo del médico no sólo ha de tender a un proceso de curación, sino también, cuando lo anterior no sea posible, ha de llevar a cabo otros fines, cifrados no tanto en la cantidad de años de vida, como en su calidad. Cuando exista una expectativa de vida hay que luchar por ella, pero cuando está se agote, no debemos prolongar la existencia de una persona desmesuradamente, no podemos hacer que el proceso de la muerte sea interminable”.⁴⁷

No es posible ofrecer respuestas absolutas y universales. Cada caso individual, específico, exige una decisión que a menudo es desencadenante de una gran dosis de angustia, por que depende de juicios de valor que tenemos que enunciar, al juzgar sobre la calidad de la vida que resta y de consideraciones pronosticas, nunca seguras, sobre la probable duración de esa vida.

“Nos dedicaremos más bien a discutir el problema de los pacientes inconscientes, descerebrados, sea como consecuencia de una lesión intracraneana, sea como resultado de un intento de reanimación parcialmente fallido...¿es deseable, es moral hacer todos los esfuerzos posibles, utilizar todos los recursos de la ciencia médica moderna para prolongar la vida, una vida que es una vida biológica, pero no humana?”.⁴⁸

⁴⁷ SÁNCHEZ JIMÉNEZ, Enrique, Op. Cit., p. 65.

⁴⁸ JINICH, Horacio, El paciente y su médico, 2ª edición, Editorial El Manual Moderno, México 2002, p. 135.

Para tomar decisiones el médico no puede ignorar el sentir del propio enfermo, de sus familiares y de la sociedad a la que pertenece. Es preciso respetar la voluntad de los familiares del enfermo, si informados del pronóstico, y de la magnitud de su sufrimiento o de sus condiciones neurológicas piden y exigen que se le conserve con vida el mayor tiempo posible.

La interrupción de tratamientos médicos onerosos, peligrosos extraordinarios o desproporcionados a los resultados, puede ser legítima, ya que se rechaza el encarnizamiento terapéutico. Con ello no se pretende provocar la muerte, se acepta no poder impedirla.

“La materia es del todo polémica, incluso se ha llegado a formular una especie de derecho que tendría el enfermo terminal e incurable, o el moribundo, de morir con dignidad y en paz, no quedando a merced de sufrimientos y dolores atroces casi insostenibles”.⁴⁹

Pero cuando se ve al paciente afectado por unas condiciones de salud lamentables, que llevan a quien las padece a verse en una situación en la cual se ve recluido en una unidad de cuidados intensivos, de la cual no se sabe si saldrá, donde su existencia esta en la cuerda floja, donde puede existir una salida irreversible, donde la existencia dependerá en el futuro de medios extraordinarios, conectado a maquinas como el respirador artificial, cabe preguntarse, ¿si se esta cuidando la vida o prolongando la agonía que nos puede llevar a la muerte?.

⁴⁹ SILVA SILVA, Hernán, Op. Cit., p. 374.

3.6 DERECHO CONSTITUCIONAL DE LA VIDA.

En la historia del constitucionalismo universal, el derecho a la vida es reconocido por primera vez en la Carta Magna del Rey Juan Sin Tierra en 1215, protegiendo al individuo frente a actuaciones arbitrarias del Estado y de posibles agresiones de terceros.

El derecho a la vida es un derecho fundamental en la constitución, ha sido objeto de protección en diversos ordenamientos jurídicos internacionales, entre los cuales se pueden citar la Declaración Universal de los Derechos del Hombre y el Convenio Europeo sobre la Protección de los Derechos del Hombre y de las Libertades Fundamentales.

En la garantía que toda persona debe tener para ser protegida de las enfermedades que puede padecer, pueda gozar de una inmejorable salud, para lo cual se expedirán reglamentos que la regulen, su naturaleza se deriva de una de las ramas del derecho social, cuyas normas determinan la actividad del propio Estado y de los particulares...El derecho a la salud, actualmente se encuentra contemplado en los apartados del artículo 4º Constitucional que menciona: "Toda persona tiene derecho a la protección de la salud..."⁵⁰

Sin embargo la Constitución no garantiza que cada hombre viva lo que quiera y como quiera, pues también como las demás garantías, la que protege la vida humana, rige exclusivamente una relación de las personas con el Estado, y

⁵⁰ IZQUIERDO MUCIÑO, Martha Elba, Garantías individuales y sociales, Editorial Oxford México. México 2001, pp. 251-252.

por lo tanto, no incluye las afectaciones que la vida puede sufrir a consecuencia de la misma naturaleza humana, que por esencia es perecedera, ni de las eventualidades y accidentes que provienen de las fuerzas naturales, ni menos de las que resultan de las actividades intencionales o imprudencias de terceras personas.

Es de suma importancia señalar que el Estado sólo se encarga de garantizar la vida, el cual tendrá la obligación de respetarla y protegerla de posibles ataques de terceros, pero, ¿que sucede cuando se habla de la disponibilidad de la vida por su propio titular, cuando este quiera suprimirla?. Si bien es cierto que se menciona el suicidio en el código penal, este no conlleva ninguna sanción, salvo haya intervención de terceros y el tema en cuestión es en si la eutanasia, en donde no se habla de un suicidio propiamente dicho, sino más bien de acortar una prolongada agonía. "El hombre está ligado a la sociedad sólo para el bienestar; cuando únicamente encuentra en ella miseria es libre de abandonarla".⁵¹

La vida es, precisamente existir, ser, y particularmente para los hombres tener un cuerpo y una mente, aunque uno y otra estén incapacitados parcial, total, transitoria o permanentemente, siempre que el corazón mantenga su actividad, cabe mencionar que cuando se da una muerte cerebral, el corazón continua latiendo, pero se considera legalmente muerta a la persona.

⁵¹ DIAZ ARANDA, Enrique, Op. Cit., p. 114.

"La vida es una de las características más generales de la especie humana, pues corresponde absolutamente a todos los individuos, sin distinción ninguna, y por su existencia, desde el nacimiento hasta la muerte."⁵²

La vida humana misma es, en esencia, la propensión de obtener la felicidad. Nadie actúa consciente y deliberadamente para ser infeliz. "En la conducta inminente y trascendente de todo hombre hay siempre un querer o volición hacia la consecución de propósitos o fines que denoten la felicidad, aunque ésta no se logre, de ahí que el vivir humano tiene como causa determinante el deseo y como fin la realización de lo deseado."⁵³

Una de las condiciones indispensables para que el individuo realice sus propios fines, es la libertad, los fines o propósitos deben ser forjados por la propia persona interesada, pues sería un contrasentido que le fueran impuestos, ya que ello implicaría la negación misma de la personalidad, porque la noción de esta implica independencia, dándole así al hombre, la facultad discrecional de actuar libremente sobre su propia vida frente a un número limitado de posibilidades según el caso, por lo que Kant dice: "personalidad es libertad e independencia del mecanismo de toda naturaleza" y Fichte menciona: "mi ser es mi querer, es mi libertad; sólo en mi determinación moral soy dado a mí mismo como determinado".

⁵² BAZDRESCH, Luis, Garantías Constitucionales, 5ª edición, Editorial Trillas, México 1998, p. 84.

⁵³ BURGOA ORIGUELA, Ignacio, Las Garantías Individuales, 34ª edición, Editorial Porrúa, México 2002, p.14.

En este sentido la persona es autónoma, puesto que tanto desde el punto de vista subjetivo, en sus meras relaciones morales, como desde el punto de vista objetivo, en la formulación de sus propias normas que regulen su actividad externa dirigida a la cristalización de sus fines, su conducta respectiva siempre es normada por disposiciones, reglas o ideas que ella misma se crea o forja.

La relación entre derecho a la libertad y autodeterminación de la vida, sirve para afirmar que todo ciudadano tiene derecho a hacer cuanto quiera, incluso morir, sin mayores limitaciones que las derivadas de la libertad ajena y por encima de perjuicios culturales o ético-sociales de cualquier índole, ya que de algún modo, la Constitución otorga esa libertad.

3.7 LA VIDA COMO BIEN JURÍDICO TUTELADO.

La protección penal de la vida se da, desde el momento en que inicia hasta el momento en que termina, el momento a partir del cual se considera a un individuo con derecho a la vida pasa por tres diferentes criterios: la animación, la fecundación, la anidación y más recientemente a partir del tercer mes. El criterio adoptado por el derecho mexicano para determinar desde que momento se protege la vida es incierto, nuestro Código Penal no hace mención alguna acerca de cómo debe determinarse dicho criterio, ya que en su artículo 144, define al aborto de la siguiente manera: "Aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento del embarazo". Por lo que se puede presumir, sin llegar a considerarlo así, que se habla del periodo de la fecundación.

Del mismo modo se tienen varios criterios para determinar el momento en que se da la muerte, en donde el único signo cierto es la descomposición del cadáver, siendo imposible esperar ese momento para determinarla se parte de otros criterios. Desde el punto de vista biológico, la muerte se verifica con la cesación de cualquier clase de vida celular, aunque se habla de un todo, las partes que lo integran no dejan de funcionar al mismo tiempo, motivo por el cual se afirma que la muerte es un proceso, por su complejidad dicha concepción biológica de muerte, no corresponde a la contenida en un orden jurídico.

“Los criterios para determinar el momento de la muerte han cambiado a lo largo de la historia los médicos de la Grecia clásica pensaban que la muerte podía originarse en la cabeza, en los pulmones o bien en el corazón. Posteriormente se asumió el criterio del cese de las funciones respiratorias hasta regresar a la pérdida de la actividad cardiocirculatoria. A principios de siglo fue necesario constatar la pérdida total de las funciones respiratoria, cardiocirculatoria y nerviosa, de ahí que en los sesenta la muerte se definió como un estado de reposo definitivo de la circulación y la respiración, conectado con el cese de la actividad del sistema nervioso central y seguido de la muerte de todas las células y tejidos del organismo. No obstante, con la aparición de las modernas técnicas de reanimación se cambió al criterio de muerte cerebral.”⁵⁴

⁵⁴ DIAZ ARANDA, Enrique, Op. Cit., p. 145.

Si la protección penal de la vida obedece a criterios físico-biológicos y normativos-valorativos que responden a una concepción antropológica del hombre, tomando al funcionamiento del cerebro como indicativo fundamental para determinar el momento en que empieza y termina la protección de la vida por el Derecho Penal, ello sólo puede explicarse porque el funcionamiento del cerebro encierra la posibilidad del individuo de desarrollar su personalidad y su participación en la vida social. Comienza aquí una nueva discusión, si el criterio antes descrito es tomado por el Derecho Penal para proteger la vida, estamos hablando de que el individuo está vivo para el Estado a partir del tercer mes de embarazo, que es cuando inicia la actividad cerebral, y como muerto cuando se presenta una vida vegetativa.

Como se puede apreciar la ley no es clara, no específica cuando comienza y cuando termina la protección a la vida, dejando así una gran laguna que se subsana con la interpretación, dependiendo del criterio, la religión, la moral, el pensamiento y el interés que persiga cada quien. El derecho a la vida no es absoluto, en donde el Derecho Penal protege a la misma de manera fragmentada.

Lo anterior se reitera al analizar ciertas conductas que lesionan el bien jurídico de la vida y no son sancionadas por el Derecho Penal, las cuales se mencionan a continuación:

1. La legítima defensa; se fundamenta en el derecho que todo hombre tiene a repeler, incluso coactivamente y utilizando la fuerza, toda agresión actual,

violenta e injusta, aunque cause daño al agresor incluso si ese daño es la propia muerte. Comprendiendo el rechazo de ataques contra la vida, el cuerpo o la libertad, excepto cuando el ataque se dirige contra el patrimonio, prevaleciendo así otros bienes jurídicos por encima de la vida.

2. El estado de necesidad; se da en el caso de existir conflicto entre dos vidas humanas y sólo se pueda salvar una de ellas, la conducta del que priva de la vida a otro, está amparado por una causa de justificación. Entendiendo así la conducta de los médicos cuando tiene que decidir entre la vida de la madre o la del producto.
3. El cumplimiento de un deber; aquí no tal solo se admite, incluso se llega a imponer un deber, generalmente se relaciona con las guerras.
4. Las indicaciones en el aborto; se presenta cuando se interrumpe la vida de un embrión por existir peligro para la madre, por ser producto de violación, por malformaciones congénitas o por tratarse de una inseminación artificial sin consentimiento de la madre, este es el ejemplo más claro de intereses por encima de la vida.
5. La obligación de prestar servicio en las filas del ejército en tiempo de guerra; es la facultad que tiene el Estado, en periodo de guerra, para reclutar civiles con el fin de defender al país, con lo cual el ciudadano es sometido a un alto riesgo para su vida con el fin de defender la soberanía estatal.

CAPITULO 4
PROPUESTA DE REFORMA AL ARTICULO 345 DE
LA LEY GENERAL DE SALUD.

4.1 INFORMACIÓN MEDICA QUE DEBEN TENER LOS FAMILIARES.

Antes de tomar una decisión, los familiares tienen que tener por parte de los médicos, una información certera acerca de las probabilidades de vida que tenga la persona que presenta muerte cerebral. Como para cualquier diagnóstico, deben emplearse todos aquellos métodos que la prudencia de los médicos que diagnostican exija. Por su accesibilidad y difusión, debe realizarse una exploración clínica completa y un electroencefalograma y de ser posible cualquier otra prueba que demuestre la parada circulatoria cerebral.

Los familiares deben saber, que los signos clínicos y complementarios, conforme al criterio más aceptado por los médicos, habían de mantenerse al menos 14 horas antes de establecerse el diagnóstico de muerte cerebral. Hoy es posible afirmar, de acuerdo a los estatutos clínicos, que ante un coma de causa conocida, y una vez excluida la existencia de agentes que pudieran interferir en el diagnóstico, un paciente que presente una exploración clínica de muerte cerebral y un electroencefalograma plano y tras constatación de la existencia de parada circulatoria cerebral, puede emitirse sin dilación el diagnóstico de muerte cerebral.

Los médicos de antemano y con arreglo a la ética que manejan deben descartar situaciones conflictivas para el diagnóstico de muerte cerebral, como podría ser en pacientes que se encuentren bajo el efecto de drogas depresoras del sistema nervioso central, y en niños recién nacidos, en los cuales es necesario incrementar los periodos de observación, así como, intensificar las pruebas.

Cuando existe un diagnóstico infalible de muerte cerebral, los médicos deben hacer ver a los familiares que la probabilidad de una recuperación es muy remota, que el paciente presenta un estado permanente de inconciencia. Retirar el respirador y otros medios técnicos que mantienen con vida a un paciente que ya fue declarado con muerte cerebral, es una acción que puede considerarse éticamente correcta, se está simplemente retirando unos cuidados inútiles que no aportaran una mejoría al paciente, tomando en consideración que estadísticamente los casos de recuperación de un coma cerebral, es de un porcentaje bastante bajo, de acuerdo a varios estudios científicos.

Cuando se habla de retirar el tratamiento, el fin suele ser evitar un desgaste excesivo, un tratamiento molesto o penoso para el paciente. La información que se le da a los familiares, acerca de retirar el tratamiento a un paciente que no presenta signos de recuperación, debe especificar que lo que se intenta es bueno. Si el paciente está inconsciente y no va a recuperar la lucidez, es claramente proporcional, y la acción es buena.

Igualmente es bueno retirarle la alimentación e hidratación a un paciente que presenta muerte cerebral, aclarando que sólo se intenta evitar pincharle o bien entubarlo, para hidratarlo con un suero que de nada va a servirle.

Indudablemente, puede actuarse de otra manera si influyen otros factores, así, la intención de una familia que piense que se esta matando a su ser querido puede justificar el mantenimiento de un tratamiento para el enfermo, momentáneamente útil para los familiares hasta que lo estimen conveniente, ya sea que estén convencidos de que se busca una mejoría, o bien de que se inclinen en pensar que no hay nada ya por hacer.

Es optativo instaurar o no un tratamiento que pueda ser desmedido en el enfermo que presenta estado de "muerte cerebral", que se mantiene con vida, por medios artificiales que no conseguirán el objetivo de que ese paciente viva algo más, produciendo conjuntamente un encarnizamiento terapéutico, incorrecto desde el punto de vista ético. Por lo que los familiares deben valorar lo que buscan y lo que deba ser mejor para el paciente.

4.2 CONTROVERSIA FAMILIAR CREADA POR LA GENERALIDAD DEL ARTICULO 345 DE LA LEY GENERAL DE SALUD.

El artículo 345 de La Ley General De Salud dice lo siguiente: "No existirá impedimento alguno para que a solicitud o autorización de las siguientes personas: el o la cónyuge, el concubinario o la concubina, los descendientes, los ascendientes, los hermanos, el adoptado o el adoptante; conforme al orden

expresado; se prescinda de los medios artificiales que evitan que en aquel que presenta muerte cerebral comprobada se manifiesten los demás signos a que se refiere la fracción II del artículo 343.”

Aquí tenemos que cuando existen más de dos personas con el mismo derecho de decisión y no se ponen de acuerdo, no existe fundamento legal alguno para impedir que se lleve a cabo la autorización de forma arbitraria por uno sólo de los familiares, omitiendo consultar a los demás, podría darse el caso, por ejemplo, cuando fueran varios hermanos. Se puede recomendar que en dichas cuestiones los familiares tomarán en cuenta, para decidir conjuntamente, los siguientes puntos:

1. Si fuese posible la existencia de un testamento en Vida (o testamento vital):
Que sería un documento en el que el interesado expresara su voluntad sobre las atenciones médicas que desea recibir en caso de padecer una enfermedad irreversible que le haya llevado a un estado vegetativo o de inconciencia que le impida expresarse por sí mismo.
2. Considerar que la aplicación continuada de medios extraordinarios para alargar la vida (o la agonía) es una violación de los derechos constitucionales del paciente (o quien lo represente) lo que representaría ir contra la dignidad de la persona y contra su intimidad.

3. Procurar tomar en cuenta los intereses del paciente, cuando éste no haya decidido algo en condiciones de vida normales anteriores, en el interés del paciente, se hallarían implícitos aspectos como la calidad de la vida, la edad y lo que él hubiera podido decidir al respecto.

4. Sería aconsejable que los hospitales tuviesen comisiones éticas a la hora de tener que tomar decisiones de ésta índole, para aconsejar a los familiares, que puedan establecer directrices hospitalarias sobre el trato a los pacientes, que estas comisiones fueran interdisciplinarias, con médicos, abogados, psicólogos, enfermeras y sacerdotes, entre otros.

4.3 A QUIEN LE ASISTE EL DERECHO.

En el artículo 345 de La Ley General De Salud se especifica: "No existirá impedimento alguno para que a solicitud o autorización de las siguientes personas: el o la cónyuge, el concubinario o la concubina, los descendientes, los ascendientes, los hermanos, el adoptado o el adoptante; conforme al orden expresado; se prescinda de los medios artificiales que evitan que en aquel que presenta muerte cerebral comprobada se manifiesten los demás signos a que se refiere la fracción II del artículo 343."

Desprendiéndose la jerarquía legal que se asigna a los familiares, en donde los primeros excluyen a los segundos, expresado en el siguiente orden:

- a) El o la cónyuge.

- b) El concubinario o la concubina.

- c) Los descendientes.
- d) Los ascendientes.
- e) Los hermanos.
- f) El adoptado o el adoptante.

Obviamente determinado de acuerdo con el orden de la naturaleza, tal derecho corresponde a aquellos miembros de la familia que tienen el deber de velar por tal persona. El derecho de los padres para suspender un tratamiento en el caso de menores de edad es en general reconocido por las leyes, en última instancia, la validez legal de una decisión hecha en nombre de un paciente sólo puede ser en forma clara adherida al derecho natural de la familia y de todos aquellos que se encargan directamente del paciente. Tomándose en cuenta, cuando se trata de una persona adulta, que es lo que hubiese decidido si estuviera en condiciones de hacerlo.

4.4 LA PROBLEMÁTICA LEGAL.

En la actualidad, el tema de la eutanasia provoca un cambio profundo en el modo de entender la vida y las relaciones entre los hombres. El hecho de que las legislaciones de muchos países, alejándose tal vez de los mismos principios fundamentales de sus Constituciones, hayan consentido no penar o incluso reconocer la plena legitimidad de estas prácticas contra la vida, es al mismo tiempo, un síntoma preocupante y causa no marginal de un grave deterioro moral. Opción, antes considerada unánimemente como delictiva y

rechazada por el común sentido moral, llegando hoy en día a ser poco a poco aceptada.

Existen atentados a la vida naciente y terminal, que suscitan problemas de gravedad singular, por el hecho de que tienden a perder, en la conciencia colectiva, el carácter de delito y a asumir paradójicamente el de derecho, hasta el punto de pretender con ello un verdadero y propio reconocimiento legal por parte del Estado y la sucesiva ejecución mediante la intervención de los mismos agentes sanitarios.

Los factores de tal situación se deben a que en el fondo hay una profunda crisis de la cultura, que engendra escepticismo en los fundamentos mismos del saber y de la ética, haciendo cada vez más difícil ver con claridad el sentido del hombre, de sus derechos y deberes. A esto se añaden las diversas dificultades existenciales, agravadas por la realidad de una sociedad compleja, en la que las personas, los matrimonios y en sí la familia, se queda sola con los problemas, no faltando situaciones particulares como la pobreza, angustia o exasperación, en las que la prueba de supervivencia, el dolor y la violencia, hacen que las opciones por la defensa de la vida sean exigentes.

En nuestro país la eutanasia es penalizada por el Código Penal que en sus artículos 127, y 156 expresa lo siguiente:

Artículo 127. "Al que prive de la vida a otro, por la petición expresa, libre, reiterada, seria e inequívoca de éste, siempre que medien razones humanitarias y la víctima padeciere una enfermedad incurable en fase terminal, se le impondrá prisión de dos a cinco años".

Artículo 156. "Al que abandone a una persona incapaz de valerse por sí misma teniendo la obligación de cuidarla, se le impondrán de tres meses a tres años de prisión si no resultare lesión o daño alguno. Además, si el activo fuese ascendiente o tutor del ofendido, se le privará de la patria potestad o de la tutela".

Justificando la decisión deliberada de privar a un ser humano inocente de su vida es siempre mala, desde el punto de vista moral y nunca puede ser lícita ni como fin, ni como medio para un fin bueno. Es una desobediencia grave a la ley moral contradiciendo las virtudes fundamentales de la justicia y de la caridad. Nada ni nadie puede autorizar la muerte de un ser humano aún siendo un enfermo incurable o agonizante. Ninguna autoridad puede legítimamente imponerlo ni permitirlo.

En contraposición tenemos lo que estipula la Ley General de Salud, en la cual, de una forma sutil se autoriza un tipo de eutanasia pasiva, con ciertas especificaciones. La tolerancia legal de la eutanasia, es con el fin de no llegar a un encarnizamiento terapéutico que no permita una vida digna a la persona, sin llegar a convertirse en un problema social que encubra algún delito, sólo es permitida en personas desahuciadas que están declaradas legalmente con una muerte

cerebral, no existiendo por ello, posibilidad alguna de restablecimiento, por lo tanto no existiendo quebrantamiento a la norma jurídica.

4.5 NECESIDAD DE TESTAMENTOS VITALES.

Muchas de las pruebas aportadas a favor de la eutanasia constituyen otros tantos ejemplos de tratamiento inapropiado. El temor a convertirse en víctimas de una "medicina sin corazón" ha hecho que numerosas personas apoyen un documento, conocido como "Living Will", cuya cláusula principal es la siguiente: "Si no existe perspectiva razonable de que me recupere de un trastorno o enfermedad física o mental, que probablemente me causará sufrimientos intensos o me incapacitará para una existencia racional, solicito que se me deje morir, que no se me mantenga vivo por medios artificiales y que se me administre cualquier cantidad de fármacos necesarios para aliviarme el dolor o el sufrimiento, aunque aceleren el momento de mi muerte..."⁵⁵

Por otro lado, la conferencia Episcopal española nos dice "si por testamento vital se entiende el mandato hecho a una persona para que acabe con su propia vida en caso de estar gravemente enfermo, impedido o con fuertes dolores, tal testamento es nulo y totalmente ineficaz, porque nadie puede obligar a otro a matarlo ni por acción, ni por omisión. En cambio si por testamento vital se entiende la expresión de la voluntad de una persona de renunciar a que le sean aplicados medios desproporcionados para alargarle mecánicamente o artificialmente la

⁵⁵ SCORER, Gordón, Anthony Wing, Op. Cit., p. 141.

agonía, cuando ya no sea posible salvarle la vida, tal testamento es válido jurídica y éticamente”

Casi todos los Estados de la Unión Americana han legislado acerca de los Living Will o Testamentos Vitales, que consisten en expresar la voluntad anticipada de una persona respecto a la forma que desea ser médicamente asistida en caso de no poder hacerlo en el momento oportuno por haber devenido en incapacitada. Generalmente se trata de instrucciones acerca de suspender cualquier tratamiento diseñado para prolongarle la vida cuando el proceso de muerte es irreversible. El Living Will es la expresión de voluntad hecha por un enfermo que sabe que irremediablemente va morir en poco tiempo, para que el lapso que lo separe de la muerte transcurra dentro del marco de posibilidad que la más amplia información técnico científico a su disposición y alcance le permita.

La preocupación principal de cualquier legislación sobre la Muerte Natural debiera ser afirmar, de manera práctica, el derecho natural de cualquier persona a no ser sometida a tratamientos inútiles. Un paciente capaz podría entonces exigir por escrito que no se le apliquen tratamientos extraordinarios.

“Respecto a la forma, difieren de los testamentos comunes por la ausencia de solemnidad. Basta la presencia de dos testigos que acrediten el deseo del paciente de ser privado de la vida, que actúa de propia voluntad y que a su juicio goza de sus facultades mentales, para que el testamento se considere

válido. Los testigos no deben ser personas que por su parentesco o situación pudieran dar falso testimonio de los hechos o influir en la decisión del enfermo".⁵⁶

El 31 de enero del 2001, los grupos parlamentarios presentaron en el Senado español una proposición conocida con el nombre de "ley del testamento vital" sobre los derechos de información concerniente a la salud y la autonomía del paciente. Una ley de estas características había sido aprobada por unanimidad el pasado veinte de diciembre en el Parlamento de Cataluña.

El proyecto prevé que cualquier persona que padezca una enfermedad incurable, dolorosa y mortal podrá dejar constancia de su voluntad expresa de no ser mantenida en vida por medios extraordinarios. Se hizo hincapié en que la ley no tiene "nada que ver con la eutanasia en todas sus expresiones posibles", ya que no se trata de que el paciente pueda interrumpir un tratamiento que le mantiene con vida, sino el tipo de terapia que se le ha de aplicar.

Los anteriores ejemplos pueden ser tomados como base para legislar o bien autorizar la utilización de testamentos vitales en México, claro con sus respectivas adecuaciones a las normas que rigen al país y con estrictas medidas de seguridad, esto con el fin de evitar posibles vicios que se pudieran manifestar en los mismos, sería prudente especificar la forma en como deben ser llenados, el tipo de personas que pueden elaborarlos, la circunstancias reales que deben llevar

⁵⁶ HURTADO OLIVER, Xavier, Op. Cit., p. 164.

a su existencia y sobre todo la forma más sencilla de revocarlos por el propio interesado, proponiendo así lo siguiente:

1. El Testamento de Vida debe ser un documento firmado por un adulto responsable que no está necesariamente enfermo o sometido a cuidados médicos, en el que se declara, que si un día no fuera capaz de expresar su voluntad sobre un tratamiento de su persona, tal tratamiento deberá o no de ser aplicado, en este caso hablando de un estado de coma irreversible.
2. El testamento de Vida puede consistir en simples instrucciones dadas a un medico, a un miembro de la familia o escritas en un documento jurídico ante notario, o bien ante dos testigos, que no deben ser familiares o tener algún interés económico.
3. Incluir la posibilidad de que se nombre un representante de entre los familiares que existan con igual derecho a decidir, teniendo que ser una persona que se declare dispuesta a luchar por que se cumplan las instrucciones que se dejan en el testamento vital.
4. Recomendando para asegurar que se cumplirá la voluntad expresada, que se repartan copias entre personas de confianza o bien dejar indicaciones sobre dónde localizarlo.

5. El testamento puede ser anulado en cualquier momento destruyéndolo, o bien declarar su cambio de opinión por escrito, u oralmente ante testigos, o simplemente cambiarlo por uno más reciente.

Cabe concluir que no hay disponibilidad del bien jurídico tutelado por parte del enfermo, pues frente a la producción del daño no tiene alternativa para evitarlo, la única posibilidad cierta de elección que le resta es sobre el modo en que habrá de enfrentar y soportar lo inevitable, por lo tanto el ejercicio de esta opción entra dentro del marco de libre disponibilidad del paciente, y los Testamentos Vitales son la mejor opción, ya que cuando se presenta un estado vegetativo no hay otra forma de manifestar la voluntad, además aunque la ley especifica quien decide en estos casos, es claro que no todos tenemos el mismo criterio y de que forma se comprueba que el paciente tiene los mismos deseos que el que termina decidiendo.

4.6 UNIFICACIÓN DE CRITERIOS POR PARTE DE LOS FAMILIARES.

Los familiares tienen un deber ético de cuidar de la salud y de la vida del paciente, de aceptar los tratamientos para preservarlas, si se trata de medios que ofrezcan una esperanza razonable de beneficiarle y que pueden obtenerse y aplicarse sin graves inconvenientes, dolor o gasto. Pueden, por consiguiente, rechazar los tratamientos que no ofrezcan una esperanza razonable de beneficio y que no pueden recibirse si no es con gran sufrimiento e inconvenientes graves.

Lo anterior se propone con la finalidad de respetar el derecho de todo ser humano a morir con dignidad, con la calma que exigen para el moribundo esas pocas horas que le quedan de vida biológica, rodeado de aquellos a quienes ama y lo aman. Asimismo el bien jurídico vida, esta protegido como un interés publico y no como un derecho subjetivo privado, por lo que podemos deducir que no se puede consentir en la propia muerte. El daño habrá necesariamente de producirse y la elección es solo cual, de que forma y hasta que costo se ha de soportar.

No aplicar o suspender cuidados médicos es también una forma ética de respetar a aquellos pacientes que no tienen esperanza alguna de vida, pues el médico no puede violentar, el deseo de los familiares de no seguir tratado al paciente, ya que estos últimos son los que tienen el derecho legitimo de decisión.

4.7 PROPUESTA PARA LO QUE DEBE ESPECIFICAR LA LEY.

Redacción actual:

"No existirá impedimento alguno para que a solicitud o autorización de las siguientes personas: el o la cónyuge, el concubinario, la concubina, los descendientes, los hermanos, el adoptado o el adoptante; conforme al orden expresado; se prescinda de los medios artificiales que evitan que en aquel que presenta muerte cerebral comprobada se manifiesten los demás signos de muerte a que se refiere la fracción II del artículo 343."

Redacción propuesta:

“No existirá impedimento alguno para que a solicitud o autorización de las siguientes personas: el o la cónyuge, el concubinario, la concubina, los descendientes, los hermanos, el adoptado o el adoptante; conforme al orden expresado; se prescinda de los medios artificiales que evitan que en aquel que presenta muerte cerebral comprobada se manifiesten los demás signos de muerte a que se refiere la fracción II del artículo 343.

En caso de existir dos o más descendientes o hermanos, se requerirá que todos estén de acuerdo, para prescindir de los medios señalados en el párrafo anterior.

CONCLUSIONES.

PRIMERA.- Se tiene como concepto de eutanasia, la inducción a la muerte por tercera persona, a petición firme y reiterada del enfermo en estado crónico y terminal de enfermedad que genera un gran sufrimiento, o de familiares en su caso, con el fin de no prolongar más su agonía. La división de la eutanasia se simplifica en: eutanasia activa, cuando se genera la muerte del paciente por medio de una acción directa; y eutanasia pasiva u ortotanasia, cuando se dejan de proporcionar los medios necesarios para mantener viva a la persona.

SEGUNDA.- El diez de abril del dos mil uno, Holanda legalizó claramente la eutanasia activa, enumerando una serie de requisitos que deben cumplirse para llevarla a cabo, convirtiéndose así en el primer país en hacerlo. En la mayoría de los países este tipo de eutanasia es ilegal, permitiéndose regular la eutanasia pasiva sólo en ciertos casos; como en México que se consiente cuando existe un estado de muerte cerebral en el paciente.

TERCERA.- En mayor o menor medida diferentes naciones han pugnado por autorizar la eutanasia, consiguiendo hacerlo solo unos cuantos países, siendo ésta penalizada en la mayoría de los mismos, pero al mismo tiempo se llegan a presentar disputas entre las leyes de un mismo Estado, como en el caso de nuestro país, en donde una ley prohíbe la eutanasia y otra delega la libertad de renunciar a medios terapéuticos excesivos cuando no hay ya esperanza de vida.

CUARTA.- La Iglesia hace énfasis en el derecho que asiste a todo ser humano de morir dignamente, señalando, que no existe obligación de usar medios extraordinarios para conservar la vida. Ante la inminencia de una muerte inevitable, es lícito, en conciencia, tomar la decisión de renunciar a unos tratamientos que procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia, sin interrumpir sin embargo las curas normales debidas al enfermo en casos similares. Por lo que la Iglesia autoriza la ortotanasia (eutanasia pasiva), pero reprueba la eutanasia activa clasificándola como homicidio.

QUINTA.- La eutanasia pasiva no se equipara al homicidio consentido, ya que la primera no busca la muerte del paciente, sino, acortar la agonía del mismo cumpliendo con móviles de piedad, aunque esto culmine con la muerte, pero sin dolor; mientras que el homicidio consentido, si requiere la intención de quitarle la vida directamente al sujeto pasivo.

SEXTA.- Una persona sana no debe cometer suicidio porque tiene muchos deberes para con su familia, la sociedad y su propio desarrollo. Por el contrario, una persona que sufre de una enfermedad terminal no tiene ya más deberes que cumplir, sencillamente porque se encuentra en incapacidad de hacer algo por sí misma o por los demás. Cuando uno se encuentra ante dos males, tiene que escoger el mal menor. Por lo que la eutanasia no es equiparable al suicidio ya que se procura una muerte inmediata, que de todas maneras pronto iría a sobrevenir.

SÉPTIMA.- El derecho a morir con dignidad supone morir natural y serenamente, sin sufrimientos inútiles o innecesarios, obtener alivio para tales sufrimientos y angustias, morir en paz con Dios y con los hombres y exigir que no se prolongue artificial e inútilmente la agonía. La libertad del hombre para obrar no debe cohibirse a menos que haya razones convincentes de que su libertad entra en conflicto con los derechos de los demás.

OCTAVA.- Nos encontramos ante un dilema al no saber si se esta prolongando la vida o la agonía, la norma jurídica nunca puede ordenar el matar, su deber es proteger el bien jurídico de la vida, siendo prudente el uso de medidas artificiales para prolongar la vida biológica, evitando siempre, entorpecer el proceso de muerte. Sin embargo, también es válido proteger el bien jurídico de la salud, ayudando al paciente a morir con dignidad y con el menor sufrimiento posible, no prolongando inútilmente la llegada de la expiración.

NOVENA.- La ley protege a la vida, pero al mismo tiempo, de forma sutil, ofrece a su titular, la facultad discrecional de decidir sobre la misma, es por ello que se deduce que se puede prescindir de medios terapéuticos innecesarios que puedan entorpecer el proceso de muerte y conllevar al paciente a sufrimientos inútiles. De algún modo el encarnizamiento terapéutico no se considera ético.

DECIMA.- Es muy importante tener la plena seguridad de que se ha presentado la muerte cerebral en un paciente, por medio de todos los estudios

necesarios, descartando toda posible recuperación, para poder inducir a los familiares a tomar una determinación.

DECIMA PRIMERA.- Los familiares del paciente que presenta muerte cerebral, deben contar con la información necesaria, para poder tomar la mejor decisión, teniendo conciencia de los medios suministrados para mantener viva a la persona, además de las probabilidades de vida y sobre todo la certeza de que son los únicos con el derecho a decidir sin presión alguna.

DECIMA SEGUNDA.- Lo ideal es que exista la uniformidad de criterios por parte de los familiares del paciente, para decidir el momento y la forma de prescindir de los medios extraordinarios que le impiden morir, evitando así fricciones entre los mismos, respetando su igual derecho a intervenir en dicha decisión y pensando en el bienestar del paciente.

DECIMA TERCERA.- Es de vital importancia saber que es lo que hubiese deseado el enfermo, al pensar que podría llegar a encontrarse en esas condiciones, ya que si bien es cierto, la ley autoriza a los familiares a tomar esa decisión, tiene que hacerse pensando en lo que el paciente quisiera, ya que se les delega ese derecho, toda vez que el titular del mismo, se encuentra inconsciente y por lo tanto limitado a tomar la determinación por sí mismo.

DECIMA CUARTA.- La principal razón que justifica la necesidad de regular los testamentos vitales en México, es que la persona titular del derecho a

la vida, puede decidir sobre ella, de manera anticipada y sin presiones, seleccionando a una persona de su confianza para que haga válido este derecho ante los demás, renunciando a medios desproporcionados que le eviten morir naturalmente o bien aceptándolos como única esperanza de vida.

DECIMA QUINTA.- Cabe hacer mención que la ley faculta a autorizar se prescinda de los medios artificiales antes mencionados a los siguientes familiares: el o la cónyuge, el concubinario o la concubina, los descendientes, los ascendientes, los hermanos, el adoptado o el adoptante; conforme al orden citado, observando que sólo cuando se trata de descendientes o hermanos y son más de dos, se puede llegar a desacuerdos.

DECIMA SEXTA.- La determinación en conjunto de todos los familiares de prescindir o no de los medios artificiales, para que la persona con muerte cerebral presente los demás signos de muerte, logra que el médico proceda libremente y se eviten confusiones más adelante, permitiendo sólo que la naturaleza actúe.

DECIMA SEPTIMA.- Para llevar a cabo lo citado en la conclusión anterior, se hace la propuesta de que al artículo 345 de la Ley General de Salud, se le adicione lo siguiente: "En caso de existir dos o más descendientes o hermanos, se requerirá que todos estén de acuerdo, para prescindir de los medios señalados en el párrafo anterior".

BIBLIOGRAFÍA.

1. BAZDRESCH, Luis, Garantías Constitucionales, 5ª edición, Editorial Trillas, México 1998.
2. BURGOA ORIGUELA, Ignacio, Las Garantías Individuales, 34ª edición, Editorial Porrúa, México 2002.
3. DÍAZ ARANDA, Enrique, Del suicidio a la Eutanasia, Cárdenas Editor Distribuidor, México 1998.
4. DIEZ PIPOLLES, D.L. et alt, La Atención a los Enfermos Terminales, Editorial Tirant Lo Blanch, Valencia 2000.
5. FONTAN BALESTRA, Carlos, Derecho Penal Introducción y Parte General, 13ª edición, Editorial ABELEDO PERROT, Buenos Aires 1991.
6. GIOIA, Alberto y Mario Gristof, Decisiones de Vida y Muerte y otros temas de ética médica, Editorial Sudamericana, Buenos Aires 1995.
7. HENZEZEL, Marie de, La Tentación de la Eutanasia, Editorial Grupo Patria Cultural, México 2001.

8. HURTADO OLIVER, Xavier, El Derecho a la Vida ¿Y a la Muerte?, 2º edición, Editorial Porrúa, México 2000.
9. IZQUIERDO MUCIÑO, Martha E., Garantías Individuales y Sociales, Editorial Oxford México, México 2001.
10. JIMÉNEZ DE ASÚA, Luis, Defensa Social, Legítima Defensa, Defensa Putativa y Otros Temas Penales, Vol. 5, Editorial Jurídica Mexicana, México 2001.
11. JIMÉNEZ DE ASÚA, Luis, Libertad de Amar y Derecho a Morir, 7ª edición, Editorial de Palma, Buenos Aires 1984.
12. JINICH, Horacio, El Paciente y su Médico, 2ª edición, Editorial El Manual Moderno, México 2002.
13. MARCOS DEL CANO, Ana María, La Eutanasia Estudio Filosófico y Jurídico, Marcial Pons' Ediciones Jurídicas y Sociales S.A., Barcelona 1999.
14. PEREZ VALERA, Víctor Manuel, Eutanasia ¿piedad?, ¿delito?, Limusa Noriega Editores, México 2003.
15. QUINTANA ROLDAN, Carlos f., Norma d. Sabido Peniche, Derechos Humanos, 2ª edición, Editorial Porrúa, México 2001.

16. REYNOSO DÁVILA, Roberto, Teoría General del Delito, 4ª edición, Editorial Porrúa, México 2001.

17. RODRÍGUEZ ESTRADA, Mauro, ¿Eutanasia o Autanasia? Por una Muerte Digna, Editorial El Manual Moderno, Bogotá 2000.

18. ROJAS NEIRO, A., Medicina Legal, 11ª edición, El Ateneo Editorial, Argentina 1976.

19. SÁNCHEZ JIMÉNEZ, Enrique, La Eutanasia Ante la Moral y el Derecho, Editorial Universidad de Sevilla, Sevilla 1999.

20. SCORER, Gordón, Anthony Wing, Problemas Éticos en Medicina, Ediciones Doyma, Barcelona 1983.

21. SILVA SILVA, Hernán, Medicina Legal y Psiquiátrica Forense, Tomo I, Editorial Jurídica de Chile, Chile 1991.

22. SINGER, Peter; tr. de Yolanda Fontal Rueda, Repensar la vida y la muerte, Editorial Piados, Buenos Aires 1997.

23. URRACA MARTINEZ, Salvador, Eutanasia Hoy un "Debate Abierto", 5ª edición, Editorial Noesis, Madrid 1998.

24. VAZQUEZ FANEGO, Héctor Osvaldo, Investigaciones Medicolegal de la Muerte, Editorial Astrea, Buenos Aires 2003.
25. VEGA GUTIERREZ, Javier, Pelegrin Martínez Baza, Enfermo Terminal y Eutanasia, Editorial Caja Salamanca y Soria, Valladolid 1991.

LEGISLACIÓN.

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Ediciones Fiscales ISEF, S.A., México 2004.
2. Código Penal Federal, Ediciones Fiscales ISEF, S.A., México 2004.
3. Código de Procedimientos Penales, Ediciones Fiscales ISEF, S.A., México 2004.
4. Ley General de Salud, cuarta edición, Ediciones Fiscales ISEF, S.A., México 2004.
5. Declaración Universal de los Derechos Humanos, RODRÍGUEZ Y RODRÍGUEZ, Jesús, (Compilador). Instrumentos Internacionales sobre Derechos Humanos ONU-OEA, 3 Tomos, Editorial Comisión Nacional de Derechos Humanos, México 1994.

DICCIONARIOS.

1. CABALLENAS, Guillermo, Diccionario Enciclopédico de Derecho Usual, 21ª edición, Editorial Heliasta SRL., Buenos Aires 1989.
2. DE PINA VARA, Rafael, Diccionario de Derecho, 26ª edición, Editorial Porrúa, México 1998.
3. ESCRICHE, Joaquín, tr. Lic. Juan Rodríguez de San Miguel, Diccionario Razonado de Legislación Civil, Penal, Comercial y Forense, Editorial UNAM Instituto de Investigaciones Jurídicas, México 1998.
4. VALLETTA, Maria Laura, Diccionario Jurídico, 2ª edición, Valletta Ediciones, Buenos Aires 2001.
5. Enciclopedia Jurídica OMEBA, Tomo XI, Editorial Libros Científicos, Argentina 1974.