



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

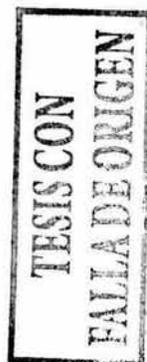
ARAGÓN

LA EUTANASIA COMO INSTITUCIÓN DEL
ESTADO, ANTE ENFERMEDADES
TERMINALES EN EL D.F.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO:
LICENCIADO EN DERECHO
P R E S E N T A:
YOLANDA CAMACHO HERNÁNDEZ

ASESOR: LIC. ALEJANDRO PÉREZ NÚÑEZ



MÉXICO

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICO ESTE TRABAJO:

A DIOS.

Por haberme dado la vida, por iluminar mi camino y guiarme día con día en cada paso que doy, así mismo por permitir la culminación de este proyecto, porque me ha enseñado a encontrarle sentido a mi existencia; a aprender a vivir para algo y para alguien; y aunque me haya negado el poder disfrutar del amor de mis padres (especialmente el de mi madre) y el de vivir como una familia, me ha premiado con muchas otras cosas; como lo son mis hermanos, mis amigos, mi esposo mi hijo y por supuesto el de haberme dado la oportunidad de contar con una carrera profesional, y entre muchas otras cosas, ahora puedo ir a dormir tras una jornada muy intensa y decir:

" Mil gracias señor por dejarme vivir intensamente un día más."

*Muy cerca de mi ocaso, yo te bendigo vida,
porque nunca me diste ni esperanza fallida
ni trabajos injustos, ni pena inmerecida;
porque veo al final de mi rudo camino
que yo fui el arquitecto de mi propio destino;
que si extraje las mieles o la hiel de las cosas,
fue porque en ellas puse hiel o mieles sabrosas;
cuando plante rosales coseché siempre rosas...
Cierto, a mis lozanías va a seguir el invierno;
¡Más tú no me que mayo fuese etemo!
Hallé sin duda largas las noches de mis penas
mas no me prometiste tú sólo noches buenas,
y en cambio tuve algunas santamente serenas...
Ame, fui amado, el sol acaricio mi faz
¡Vida, nada me debes! ¡Vida, estamos en paz!*

AMADO NERVO

A MIS PADRES:

MARTIN CAMACHO

MATILDE HERNANDEZ (q. e. p. d)

Que aunque la vida me negó la posibilidad de poder disfrutar de su presencia, amor, y comprensión (de ella, porque cuando yo era una niña, Dios la llamó ante su presencia, y el quizá porque con la muerte de mi madre, no pudo mantenernos a todos unidos y se vio forzado a dejar que nos separaran, aún así yo lo adoro; a ambos les agradezco el maravilloso hecho de haberme engendrado, por todo esto, dedico a ellos con mucho amor y respeto este trabajo.

A MI QUERIDO ESPOSO:

JUAN ALTAMIRANO PEREZ.

Por permitir el que yo pudiese continuar con este proyecto, así mismo por brindarme su apoyo tanto económica como moralmente de manera incondicional, y por estar ahí en los momentos en que más lo he necesitado, como siempre apoyándome en las decisiones más importantes en nuestras vidas.

A MI PRECIOSO HIJO:

*JOSE GUADALUPE ALTAMIRANO
CAMACHO.*

Porque en el me inspiro para poder continuar con este trabajo, ha sido el motor que me impulsa enormemente y porque con su presencia me ha hecho sentir que estoy en la gloria.

A MIS HERMANOS:

RUFINA CAMACHO DE VAZQUEZ

Porque fue quien me apoyó económicamente en la mayor parte de mis estudios, por hacerse cargo y preocuparse por mí y por mis hermanos, ayudándonos siempre en lo que haya estado a su alcance y de acuerdo a sus posibilidades, y aunque no fue muy afectiva ni nos decía frases de ternura o amor, se que a su manera pero nos quiere y que lo que ella haya hecho por nosotros con nada en el mundo se lo pudo pagar, sólo pudo decir gracias de todo corazón.

JOSÉ LUIS CAMACHO HERNANDEZ.

Porque en los momentos en que yo necesite de su ayuda, él me la brindó, porque de él provinieron los consejos que algún día espere que mi padre me diera, y yo le agradezco por esto enormemente

MAGDALENA CAMACHO HERNANDEZ.

Porque ella ha sido más que mi hermana sino que también mi amiga y consejera, porque cuando pase apuros tanto económicos como morales ella estuvo ahí para ayudarme y darme un consejo hasta me atrevo a decir que las frases de cariño y comprensión que pudo haberme dado mi madre de ella provinieron lo cual le agradezco infinitamente mucho amor

*MARTÍN Y JOSÉ MANUEL CAMACHO
HERNANDEZ.*

Porque en el transcurso de mi carrera ellos eran mi motivo para seguir adelante y no dejarme vencer, siempre quise demostrarles que sí se puede y que el haber crecido sin el amor de nuestros padres no era motivo para dejarse vencer ni deprimirse. José no obstante que es mi hermano mas pequeño ha significado muchísimo más, pues también ha sido el amigo que en algún momento me brindo consuelo y apoyo moral, a él pude entregarle de manera absoluta y total toda mi confianza, por esto y mucho más, este trabajo va dedicado a ustedes porque los adoro con toda mi alma.

ANGEL Y BENITA CAMACHO HERNANDEZ

Por el hecho de ser mis hermanos y saber si en ustedes esta el poder ayudarme cuando lo necesite ahí estarán

*A MI CUÑADO EL SR. EVERARDO
VÁZQUEZ HERNANDEZ*

*Porque aunque no era su responsabilidad,
me ayudo económicamente en mis estudios
y por la ayuda que también les dio a mis
hermanos, es por tal motivo le hago una
dedicatoria especial como agradecimiento de
mi parte con cariño y respeto.*

A MIS SOBRINOS:

*ROCÍO, MIRIAM, JENNY, EVERARDO Y
RENE VAZQUEZ CAMACHO.*

*Por que es la única manera en que puedo
agradecerles el haberme aguantado como
miembro de su familia (aunque sus padres
no hayan tomado su opinión para esto), y
demostrarles que la ayuda que algún día sus
padres me brindaron no ha sido en vano, así
mismo el sacrificio que tuvieron que hacer al
quitarles a ustedes un poco de atención
para dámosla a mis hermanos y a mi
hermanos. Esto en si es por haber invadido
su espacio aunque haya sido de forma
involuntaria.*

A MI SUEGRA (q. e. p. d)

LA SRA. AGAPITA PEREZ

Por haberle dado la vida al que ahora es mi esposo y por educarle con tan buenos principios, con los cuales he sido beneficiada pues debido a ello me ha permitido y apoyado para la realización de este proyecto, de antemano le doy las gracias en donde quiera que se encuentre.

A MIS CUÑADOS

LA SRA MA. LUISA, RUBEN, MARTHA, AGUSTINA, MARIA DEL ROCIO, (ASÍ COMO A LOS INTEGRANTES DE SUS RESPECTIVAS FAMILIAS) Y MARCELO ALTAMIRANO PEREZ

Por su apreciable ayuda y apoyo, se los agradezco de corazón y para ellos también esta dedicado el presente trabajo.

AL LIC. ALEJANDRO PEREZ NUÑEZ

Por guiarme y dedicarme un poquito de su tiempo, y por su indudable capacidad para orientarme tanto en clases como en el presente trabajo.

A TODOS MIS MAESTROS

Por transmitirme sus enseñanzas y todos los valores que ellos consideraron importantes para la formación de un profesionalista, dándome las armas necesarias para poder salir y enfrentarme a una sociedad de constantes avances

A LA ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES.

Por darme la oportunidad de poder prepararme haciendo de mí, una persona más capacitada y preparada para poder enfrentar cualquier reto que se me presente en mi profesión, afrontándolo siempre con honor, libertad y honradez hasta el final.

AL LIC. LEOPOLDO GARCÍA BERNAL.

Por haber dedicado un poco de su tiempo, para la revisión de mi trabajo, así como para la orientación del mismo. Además de que es uno de los mejores maestros que tiene la UNAM, y el cual he admirado mucho, le agradezco el que haya estado ahí para transmitimos sus conocimientos.

A LOS LICENCIADOS:

BLANCA ESTELA CONDE BARAJAS

MARICRUZ PEREZ MARTÍNEZ.

RODOLFO CALVILLO POPOCA

Les hago esta dedicatoria en agradecimiento por formar parte del sínodo; por la dedicación hacia el presente trabajo, así mismo por su indudable experiencia, capacidad y compromiso que tienen con su profesión y con la universidad nacional autónoma de México.

INDICE GENERAL

	Pág.
INTRODUCCION.....	1
CAPITULO I. ANTECEDENTES DE LA EUTANASIA.	
1.1.- Antecedentes históricos de la Eutanasia.....	4
1.1.1.- Epoca antigua.....	5
1.1.2.- Roma.....	7
1.1.3.- Grecia.....	9
1.1.4.- Renacimiento.....	11
1.2.- Moral.....	13
1.3.- Religión.....	14
1.4.- Suicidio.....	18
1.4.1.- Suicidio asistido.....	19
1.4.2.- El suicidio como pecado.....	19
1.4.3.- ¿Constituye un derecho el suicidio?.....	19
1.4.4.- Homicidio.....	22
1.5.- Desarrollo jurídico de la Eutanasia en la Legislación Mexicana.....	23
1.5.1.- Código Penal de Veracruz.....	23
1.5.2.- Código de 1871.....	26
1.5.3.- Código Penal 1929.....	27
1.5.4.- Código penal de 1931.....	28
1.4.5.- Proyecto de 1949.....	28
1.4.6.- Código Penal para el Estado de México.....	30
CAPITULO II. GENERALIDADES DE LA EUTANASIA.	
2.1.- Concepto de Eutanasia.....	31
2.2.- Clasificación de la Eutanasia.....	35

	Pág.
2.3.- Neologismos de la Eutanasia.....	39
2.3.1.- Adistanasia.....	39
2.3.2.- Distanasia.....	39
2.3.3.- Cocotanasia.....	40
2.3.4.- Ortanasia.....	41
2.4.- ¿Qué es la muerte?.....	42
2.4.1.- Concepto de muerte.....	43
2.4.2.- ¿Qué es la muerte técnica y biológicamente hablando?.....	44
2.4.3.- Derecho a una muerte digna.....	45
2.4.4.- Clases de muerte.....	48
2.4.5.- Actitudes ante la muerte.....	52
2.5.- Problemática social que provoca la Eutanasia en México en diversos aspectos.....	54
2.5.1.- Aspecto familiar.....	57
2.5.2.- Aspecto médico.....	58

CAPITULO III. REGULACION JURIDICA ACTUAL.

3.1.- La Eutanasia y el Derecho Comparado.....	61
3.2.- Algunos Países que regula la Eutanasia en la actualidad.....	63
3.2.1.- Colombia.....	64
3.2.2.- Argentina.....	64
3.2.3.- Cuba.....	65
3.2.4.- Brasil.....	66
3.2.5.- Estados Unidos.....	66
3.2.6.- Holanda.....	70
3.2.7.- Australia.....	72
3.2.8.- Alemania.....	73
3.3.- Regulación actual de la Eutanasia en la Legislación Mexicana.....	75
3.3.1.- Análisis de los artículos 14, 16 y 22 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.....	75
3.3.2.- Interpretación de los preceptos aplicados por el Código Penal para el Distrito Federal.....	83
3.3.3.- Análisis de los preceptos de la Ley General de Salud relacionados con la eutanasia.....	88

CAPITULO IV. LA EUTANASIA COMO UNA ALTERNATIVA PARA LOS PACIENTES CON ENFERMEDA TERMINAL.

4.1.- Etapas por las que pasa el moribundo.....	91
4.2.- Conducta ante enfermedades terminales.....	96
4.3.-Importancia psicológica en el paciente, sobre la aceptación de su padecimiento.....	97
4.4.- Certificación y diagnóstico de desahucio o enfermedad terminal.....	100
4.4.1.- Enfermedad y enfermo terminal.....	103
4.4.2.- Atención paliativa y curativa.....	108
4.4.3.- Suspensión total de tratamientos terapeuticos.....	110
4.5.- Trato que se les da a los pacientes con enfermedades terminales.....	112
4.6. - Responsabilidad médica: profesional y legal.....	113
4.7.- Principios de ética médica.....	115
Propuesta de reformas.....	119
Conclusiones.....	127
Bibliografía.....	131

INTRODUCCION

En la antigüedad, la muerte tanto de seres racionales como de los seres irracionales, había sido una causa natural pero los tiempos cambiaron y ahora la reciente tecnología, así como los avances médicos han venido a revolucionar el pensamiento de la humanidad entera, y no hablo de que solo se de en México sino en el mundo entero, por lo mismo la muerte se puede ver desde otros puntos de vista.

Todos los seres biológicos pasamos por un proceso que inicia con el nacimiento, termina en la muerte y comprende periodos de crecimiento, madurez y decrecimiento. La biología no da margen para muchas alternativas ni para decisiones libres; es fatal. Pero el hombre no es sólo biología; es también espíritu, y con éste domina la materia

Dentro del manejo de hospitales se da con mucha frecuencia que el enfermo paciente pasa a ser enfermo cliente esto es cuando se esta en presencia de alguna enfermedad grave o enfermedad terminal, y es aquí, en donde entra mi inquietud ya que es en estos casos cuando la muerte se presenta ocasionando ciertos estragos, tanto para el paciente como para la familia; puesto que la muerte sigue siendo el enemigo incontrolable que se burla de nosotros de muchas formas, por lo tanto hemos cedido a los médicos la responsabilidad de combatir este obstáculo pero si el ser humano desde su gestación tiene derecho de nacer ¿por qué entonces no puede tener el derecho de elegir la forma en que debe morir, en caso de alguna enfermedad terminal?.

Hay quienes pensamos que tenemos derecho a morir en paz , sin dolor y sin sufrir una larga agonía , pero también existen los que piensan lo contrario, es por este motivo que me inclino a darle un mayor enfoque a éste problema y para hacerlo, pretendo estudiar la eutanasia proponiéndola como alternativa a todos los pacientes con enfermedades terminales, tratando de ilustrarle al lector, que efectos causa ante la sociedad entera el emplear la eutanasia ; que piensa la iglesia al respecto, en fin, el sólo hablar de esto causa mucho interés de mi parte y espero conseguir lo mismo en usted , con el objetivo de mover su inquietud y de lograr con mi propuesta algunos ajustes que sean de utilidad a las personas que se encuentren en esta situación.

En el presente estudio se pretende dar algunas opiniones y actitudes ante el enfermo terminal, la muerte y la eutanasia.

Contiene una revisión bibliográfica sobre el estado actual del problema, extendiéndose en aquellos aspectos sobre los que más incide el estudio. Se comprueba que aunque la literatura es extensa, apenas se han realizado trabajos en los que se pretenda una valoración de actitudes y opiniones sobre el enfermo terminal, la eutanasia en sus distintas formas, la terapia del dolor, como influye el factor religioso y las actitudes ante la muerte.

Para poder alcanzar lo dicho anteriormente presento éste proyecto, mediante el cual pretendo formarle a usted una idea un poco más profunda sobre lo que es la Eutanasia, como ha ido evolucionando, y como o de que forma se aplicaría mi propuesta, así pues este diseño, tiene como contenido cuatro capítulos.

En el primer capítulo, conoceremos un poco de los Antecedentes Históricos de la Eutanasia, como se aplicaba en la Epoca antigua, Roma, Grecia y Renacimiento, así mismo, abordaremos la forma en que influye ésta en diversos aspectos; como lo es en la moral y la religión, del mismo modo se tratará de explicar sobre algunos conceptos sobre el suicidio y el homicidio; también se abarcará un poco acerca del desarrollo jurídico que se ha presentado en la legislación mexicana en años pasados.

En el segundo capítulo, se exhibirán algunas generalidades de la Eutanasia, presentando algunos conceptos sobre ésta, su clasificación; el concepto de muerte, los neologismos de ésta, así como la problemática que se origina por consecuencia de la Eutanasia en diferentes aspectos (médico y familiar).

En el tercer capítulo, presentamos una visión panorámica de la regulación jurídica actual sobre el tema a tratar, creando así un análisis de la Eutanasia y el Derecho Comparado, presentando sólo algunos de los países que muestran una ordenanza al respecto; Por otra parte incluiremos también los ordenamientos jurídicos mexicanos presentan un ordenamiento sobre la materia a tratar siendo estos el Código Penal para el D. F., la Ley General de Salud y por supuesto la Constitución Mexicana, actualizados todos.

Y en un cuarto y último capítulo, se pretende mostrar las etapas por las que pasa el moribundo, y la conducta que se presenta ante las enfermedades terminales, exhibiendo así la importancia psicológica en el paciente sobre la aceptación de su padecimiento a raíz de la certificación y diagnóstico de desahucio, analizando también lo que es una enfermedad terminal y enfermo terminal, explicando cual debe ser la atención hacia este tipo de pacientes y en que momento la familia puede decidir si se suspenden o no los tratamientos terapéuticos. Por otra parte señalaremos cual es el trato que se le da a un paciente en estado terminal. Todo esto conlleva a presentarles el grado de

responsabilidad tanto profesional y legal que puede enfrentar el médico, así como los principios de ética que éste debe tener.

Por último, derivado de éste estudio, pretendo plantear algunos puntos con los cuales espero poder contribuir en algo a todas las personas que se encuentren en una situación semejante a la que se expone en este proyecto, o por lo menos espero mover un poco su inquietud en cuanto al tema y puedan aceptarlo como una posibilidad.

CAPITULO I. ANTECEDENTES DE LA EUTANASIA.

1.1.- Antecedentes históricos de la eutanasia.

La pretensión eutanásica tiene una larga historia que se remonta a los antiguos griegos. El cristianismo condujo a la reducción de esta práctica dada su condenación en cuanto muerte anticipada indebidamente a una persona enferma o anciana que contradice el concepto de inviolabilidad de la vida humana que es don del creador. En nuestros días se piensa que no fueron los nazis quienes empezaron a practicar la eutanasia a gran escala, "según reporta Brian Pollard, la idea surgió originalmente en una obra de Jorst, EL DERECHO A MORIR, publicada en Gottingen en 1895. En 1920, el abogado Karl Binding y el psiquiatra Alfred Hoche publicaron la licitud de destruir la vida que no merece vivir, que provocó una fuerte polémica y dio paso a la ley que autorizaba la eutanasia en Alemania en la década de los treinta".¹

"Durante la Segunda Guerra Mundial la palabra eutanasia toma un sentido social y político: el nazismo la utilizó para sus brutales campañas de eliminación de las personas no productivas y de cientos de miles de opositores al régimen".²

"Hitler exterminó mediante cámaras de gas alrededor de 275.000 personas que padecían diversas deficiencias físicas o mentales, desde mórgicos hasta sicóticos, pasando por escleróticos y paralíticos. La matanza fue justificada bajo el rótulo de eutanasia.

Curiosamente ninguna de las 275.000 personas afectadas, ni sus parientes, fueron consultados respecto de su destino final. Suponiendo un motivo altruista para esta masacre, el nombre de "eutanasia" se alejaría demasiado de su significado usual"³.

En Inglaterra en, 1935, se funda la Asociación Británica pro eutanasia voluntaria. En 1979 cambia su nombre a EXIT; y tres años más tarde vuelve al

¹ Revista católica de evangelización, "Inquietud Nueva", Edición Especial No. 100, Pág. 22

² RODRIGUES ESTRADA, Mauro. ¿Eutanasia o Eutanasia? Por una muerte digna. Editorial El Manual Moderno, S. A. de C. V. 1996, p.68.

³ FORELL MARTÍN, Diego, La Ética del Aborto y la Eutanasia, Editorial Abeledo-Perrot Buenos Aires, Pág. 105-106.

nombre original. En 1938 se funda la asociación pro eutanasia de los Estados Unidos. En 1973, se funda en Holanda la sociedad para la eutanasia voluntaria; y en 1980 se funda la Federación Mundial de Asociaciones del Derecho a Morir.

En la revista *The Humanist* (julio de 1974) apareció un manifiesto pro eutanasia, firmado por 40 sabios de fama mundial entre ellos tres premios Nobel. Allí delatan como cruel y bárbara la costumbre de exigir que se mantenga en vida una persona contra su voluntad, y que se niegue a la anhelada liberación cuando la vida ha perdido toda dignidad y toda belleza.

Una de las asociaciones más recientes en Europa es la Española fundada oficialmente a fines de 1984.

"En México hay que esperar hasta el año de 1988 para ver nacer a la Asociación Mexicana en Tanatología, y más recientemente la Universidad Iberoamericana, de gran prestigio, ofrece un diplomado en Tanatología. Hay que destacar que en nuestro país la tanatología no simpatiza con la eutanasia activa"⁴.

En países como Inglaterra, Estados Unidos, Alemania y Holanda, a lo largo de los últimos 60 años, las actividades de los defensores del derecho a morir se han polarizado hacia la eutanasia activa. Se proponen 2 objetivos: primero, modificar la mentalidad y, segundo, cambiar la legislación.

1.1.1.- Epoca antigua.

En algunos pueblos primitivos se llevaban a cabo ciertas prácticas con fines no sólo eugenésicos, sino también eutanásicos, dando muerte a los ancianos decrepitos.

Según la opinión del doctor Regnault, a quien cita el maestro Jiménez de Asúa en su obra titulada *"libertad de amar y derecho a morir"*, cuando el hombre primitivo tenía en su contra a la naturaleza, incluyendo a las bestias feroces y a él mismo, la lucha por la sobre-vivencia era muy penosa, éste se guiaba únicamente por una moral utilitaria. Por lo que cuando no podía proteger a los seres inútiles, ni proporcionarles alimentos, les anticipaba la muerte para liberarles de sus sufrimientos:

"Cuando el hombre era un lobo para el hombre, las familias y las tribus tenían combates sangrientos, los vencidos pudieron considerar como un deber rematar,

⁴RODRIGEZ ESTRADA, Mauro. Op. Cit. p. 18-19.

para evitarles las torturas de un enemigo cruel, a los heridos de su tribu que estaban demasiado graves para huir⁵.

Estas prácticas han prevalecido hasta nuestros días bajo distintas formas. En ciertos pueblos antropófagos estaba todavía en el siglo XIX matar a los niños enfermos y a los ancianos impotentes, para preparar festines muy apreciados. Los viejos padres encontraban esta costumbre muy natural y pensaban que no podían tener sepultura más honrosa que el estómago de sus hijos.

Entre los pueblos en que se daban muestras, no sólo de selecciones, sino también de prácticas de eutanasia, quienes no daban muerte únicamente a los niños deformes o monstruosos, sino también a los ancianos enfermos.

Los Hottentots, individuos de una Nación indígena que habita cerca del Cabo de Buena Esperanza (cabo del extremo sur de África), cuando sus padres tenían una edad muy avanzada, tenían la costumbre de abandonarlos entre los matorrales. Algo muy semejante solían hacer los Lapones en Noruega.

Por otra parte, en la isla Viti-Levu a los ancianos se les estrangulaba sobre una sepultura abierta.

"Entre los esquimales, se cree que se practicaba una especie de eutanasia voluntaria, ya que por petición del enfermo o del anciano se les abandonaba tres días en un iglú el cual era herméticamente cerrado⁶. En cambio, en el antiguo rito sabino o lacial (*depotani senes*) que tenía lugar en un pueblo de Italia, a las personas muy ancianas se les arrojaba al río.

En la India antigua, los enfermos incurables eran llevados por sus allegados a orillas del río Ganguees, en donde prácticamente se les asfixiaba, llenándoles la nariz y la boca de lodo, para luego arrojarlos al río sagrado.

Los antiguos pobladores del río Nilo, tenían la costumbre de rematar a los heridos en combate con la finalidad de evitarles dolor y sufrimiento.

Los espartanos daban muerte a las criaturas pobres, raquíticas mal formadas, privadas de rigor y de valor vital, arrojándolas desde la cima del monte Tai jeto, por considerarlos una carga para el estado el cual sólo veía en los hijos futuros guerreros con máximas condiciones, ser robustos y fuertes.

⁵JIMENEZ DE AZÚA, Luis. Libertad de Amar y Derecho a Morir. Séptima edición. Editorial Desalma. Buenos Aires. Argentina. 1984. p. 363.

⁶BRAUMHABER, Herman. Historia Universal. Editorial Reus, Barcelona, 1956, p. 84

Entre los hebreos se guardaba cierta consideración con los condenados a muerte, hasta el punto de proponerles una bebida que hiciera menos dolorosa su ejecución.

1.1.2.- Roma.

En Roma se reconocían las virtudes del suicidio, alternativa preferible a la prolongación de una vida indigna; la eutanasia ha sido relacionada con éste tipo de conductas así como el homicidio.

Plinio el Viejo expresaba: "De los bienes que la naturaleza concedió al hombre, ninguno hay mejor que una muerte oportuna, y óptimo es que cada cual pueda dársela a si mismo"⁷.

Para los romanos, vivir noblemente incluía morir noblemente. Quitarse la vida era una forma de morir aceptablemente cuando evitaba el dolor. El deshonor o simplemente el desgaste de la vida.

Así. "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 que el rey Ptolomeo le prohibió hablar en publico sobre este tema"⁸.

Aristóteles consideraba que el suicida ofendía al Estado y que por ello en la práctica se le cortaba la mano derecha y era enterrado en un lugar alejado, por otra parte sus descendientes quedaban privados del derecho a la ciudadanía. Con el transcurso del tiempo se aceptó el suicidio siempre y cuando se obtuviera el permiso del senado el cual era el órgano responsable de examinar y deliberar los motivos manifestados por el suicida.

Cornelio Nepote, escritor latino del siglo I antes de Cristo, en su libro '*De viris illustribus*' cuenta que Pompilio Ático cayó enfermo de disentería y fiebre, tratándose de quitar la vida mediante un ayuno total, pero esto le sirvió de medicina, pues a los tres días sanó completamente. Sus discípulos se alegraron con tan inspirado resultado y trataron de disuadir al maestro de su propósito, pero el filósofo persistió en su actitud y murió a los tres días. Igual muerte se provocaron Silicio Itálico, Aristón, Cornelio Rufo, entre otros.⁹

⁷ KRAUS ARNOLDO y Asunción Álvarez. La Eutanasia, 1990. Ediciones Corunda, S. A. de C. V. p. 8.

⁸ DÍAZ ARANDA, Enrique. Del suicidio a la Eutanasia. Editorial Cárdenas. México.1997. p. 7

⁹ PLATÓN. Las Leyes, Epinomis. EL POLITICO, 3ª EDICIÓN, Editorial Porrúa, México 1979. p. p. 197 y 198.

Erasístrato, médico alejandrino afligido por una grave úlcera se dio muerte con la cicuta... Plutarco (46-125) nos cuenta que Eratóstenes gran geógrafo y Astrónomo, bibliotecario de la biblioteca de Alejandría, al quedar ciego se dejó morir.

Séneca, quien fuera un filósofo y político romano, mencionaba lo siguiente a favor a una muerte anticipada:

"Si concurren circunstancias que le aflijan y turbe su sosiego, dejará la vida; y no ha de esperar el último extremo para abandonarla... Darse la muerte o recibirla, acabar un poco después o un poco antes, ha de ser para él (el sabio) enteramente lo mismo...

Por lo demás, la vida más larga no siempre es la mejor, pero la muerte, si 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 dejarse de la vida es que ella no retiene al que la quiera dejar" ¹⁰

Los estoicos aceptaban el suicidio en aquellos casos en que la vida iba en contra de la naturaleza por dolor, enfermedad grave o anomalías físicas.

En la historia de Roma también encontramos casos importantes de suicidios, entre ellos se encuentra el de Bruto, soldado y político romano quien se quitara la vida después de ser derrotado junto con Casio por Marco Antonio y Octavio. Además de los múltiples suicidios ocurridos principalmente en los periodos de emperadores crueles como Nerón y Tiberio. Se dice también que Nerón, después de los pretorianos se indignaron ante su despótico Imperio, se refugió en una de sus casas de campo, al parecer, a petición suya fue muerto por un liberto.

Por otra parte, aunque en el "Digesto" se encuentra descrita una forma de auxilio al suicido, consistente en la conducta observada por los farmacéuticos al vender temerariamente alguna clase de veneno, en el Código la norma parece estar dirigida exclusivamente a la sanción de los homicidios cometidos por ese medio y no al uso del veneno para suicidarse.

¹⁰ DÍAZ ARANDA, Enrique. Ob. Cit. p. p. 9-10.

Dejando a un lado el Derecho Romano, Hemos de mencionar que las prácticas llevadas a cabo en la sociedad espartana con fines eugenésicos, al igual que el suicidio, sirvieron de antecedente, a la eutanasia.

1.1.3.- Grecia.

La palabra eutanasia tiene su origen etimológico en este país, pero que curiosamente, no se usaba para designar acciones de ayuda a morir o de provocar la muerte, sino que equivalía a obtener una feliz y honesta forma de fallecer.

"Al parecer en Atenas y otras ciudades griegas, el estado suministraba el veneno (la cicuta) a quienes lo solicitaban explícitamente para poner fin a sus sufrimientos, pero aún en la actualidad se cuestiona sobre las razones políticas, religiosas o morales que rigieron en tribunal ante el cual Sócrates fue acusado por Mileto, Anytus y Licon, de no honrar a los dioses que la ciudad alababa, de proclamar otro y de corromper a la juventud y por pagano. Condenado a beber la cicuta".¹¹

Es conveniente señalar que la mentalidad eugenésica griega también condujo a la eutanasia. Así, Platón en el libro III de la República escribió: "Por consiguiente establecerás en nuestra República una jurisprudencia y una medicina tales cuales lo acabamos de decir, que se limitarán al cuidado de los que han recibido de la naturaleza un cuerpo sano y un alma hermosa. En cuanto aquellos cuyo cuerpo está mal construido, se les dejará morir, y se castigará con la muerte a aquellos otros cuya alma sea naturalmente mala e incorregible".¹²

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

"Y qué pena dictaremos contra el homicidio de lo más íntimo y querido que tenemos en el mundo, quiero decir, contra el homicida de sí mismo, que corta, a pesar del destino, el hilo de sus días, aunque el estado no le haya condenado a morir, ni se haya visto reducido a tal situación por alguna horrible e inevitable desgracia sobrevenida inopinadamente, ni por ningún oprobio de tal calidad que

¹¹ BRAUMHAVER, Herman. Ob. Cit. p. 89.

¹² PLATÓN. Diálogos, s/e. Editorial Porrúa. México. 1981. p. 489.

hiciera para él odiosa e insoportable la vida, sino por una debilidad y una cobardía extremas se condena así mismo a esta pena que no merece".¹³

En la Grecia antigua Sócrates sostenía que el dolor y el sufrimiento producidos por una enfermedad eran razones justas para dejar de aferrarse a la vida. Este filósofo invocaba a Esculapio, Dios de la medicina, quien no intentaría curar lo incurable ni alegrar vidas inútilmente. Sabemos que éste no era aceptado por todos sus contemporáneos; por algo fue sentenciado a muerte, destino que prefirió antes que retractarse de sus ideas. Entre éstas pudiera estar la de defender la muerte como una opción que debía permitirse.

"Hipócrates escribió en épocas en que la tecnología médica era incipiente y el vínculo entre galeno y paciente, estrecho. La frase más citada en todos los idiomas y escuelas en el lenguaje médico, semilla de supervivencia, en su famoso juramento: "Nunca suministraré a nadie una droga letal a pesar de que se me solicite ni tampoco sugeriré la posibilidad de usarla".¹⁴ El doctor en derecho Enrique Díaz Aranda, en su libro "*Del Suicidio a la Eutanasia*", extrae párrafos interesantes que consideramos necesarios transcribir:

"Parágrafo 1. Juro por Apolo médico y por Asclepios y por Higia y por Panacea y por todos los dioses y diosas, tomándoles como testigo que, cumpliré, en la medida de mis fuerzas el juramento y compromiso siguiente:

Parágrafo 3. 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.

Parágrafo 4. No administraré a nadie un fármaco mortal aunque me lo pida, ni tomaré la iniciativa de tal sugerencia. Del mismo modo que tampoco daré a una mujer un pesario abortivo. Pasaré mi vida y ejerceré mi arte en forma inocente y pura.

Parágrafo 5. No apeararé ni siquiera a los enfermos de cálculo, sino que lo dejaré en manos de los hombres que realizan tal práctica.

Parágrafo 8. 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 lo contrario".¹⁵

¹³ PLATÓN. Las Leyes, Epinomis. EL POLITICO. Ob. Cit. p. 198.

¹⁴ KRAUS ARNOLDO, Asunción Álvarez Ob. Cit. p. 4.

¹⁵ DÍAZ ARANDA, Enrique. Op. Cit. p. p. 8-9

Con relación al tema del bien morir, el médico griego Areteo de Capadocia, decía: "jamás es lícito a ningún médico procurar una muerte con el propósito de poner término a los mayores sufrimientos. Pero les está permitido, cuando no puedan mitigar la crueldad de un mal presente, nublar la mente del enfermo con narcóticos y somníferos".¹⁶

Hay gente que piensa que tenemos derecho a morir en paz y con dignidad; tenemos derecho a no sufrir una larga y desesperada agonía; tenemos derecho a no convertirnos en una pesada carga para otras personas y tal vez para la sociedad.

1.1.4.-Renacimiento.

Las guerras, pestes y epidemias de la edad media inspiraron en el espíritu religioso una gran preocupación sobre el arte del bien morir. Se hablaba sólo de rematar por misericordia a los que caían gravemente heridos en batalla.

Ni santo Tomás de Aquino en la suma de teología se refiere a la eutanasia. Sólo decía dos cuestiones al suicidio, el cual reprueba por tres razones; por ir en contra del amor que el hombre se debe a sí mismo; por ir en contra de la sociedad, y por ir en contra del amor de Dios.

Con F. Bacón aparece otra nueva utopía: Esto no es exacto pues el autor con esta palabra no postula la muerte del enfermo, sino sólo la ayuda en el morir, este dramaturgo escribe:

"De eutanasia exterior.- de nuevo para insistir un poco más: considerando que la visión del médico no consiste sólo en restaurar la salud, sino también en mitigar los dolores y sufrimientos y no únicamente cuando éste alivio pueda conducir a la curación, sino también cuando pueda proporcionar, aún sin esperanza de recuperación, y partir de la vida más suave y tranquila."

"Actualmente en cambio los médicos casi religiosamente cuidan a los enfermos incurables, cuando a mi juicio si no quieren faltar a su misión y deber de humanidad, deberían de aprender el arte de facilitar diligentemente una suave partida de esta vida."¹⁷

¹⁶ Ibidem. p. 10.

¹⁷ LA NUEVA ATLANTIDA. Traducción del inglés y prologo de Luis Rodríguez de Aranda. Editorial Aguilar. Buenos Aires 1960. p. p. 44.

Tomás Moro en su obra "*Utopía*", expresa: "A los enfermos los tratáis 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."

"Si se trata de un mal que no tiene cura y que produce dolor convencen al paciente para que, ya que es inútil para las tareas de la vida, molesto para los otros y para sí mismo, no desee alimentar por más tiempo su mal y corrupción; ya que su vida es un tormento, procurándose la muerte y aceptando que otro se la de; lo convencen así, actuará sabiendo de que la muerte no será un mal sino el fin de su sufrimiento, y de que siendo eso los que lo aconsejan; los sacerdotes, intérpretes de la divina voluntad, habrá una acción santa y devota." ¹⁸

A partir del siglo XVIII, los médicos empezaron a opinar públicamente sobre su responsabilidad frente al paciente para ayudarlo a tener una muerte más tolerable y humana, y se unieron así a los filósofos que habían expresado su idea sobre el tema.

Como resultado del renacimiento, la población estaba, en general, más informada. Sabía que el suicidio ya no era un pecado imperdonable y que la ley había suavizado el castigo por ese acto. Se empezó a reconocer como una decisión privada que no tenía porque convertirse en un crimen público.

En 1777, Hume sostenía: "cuando la vida se ha vuelto una carga, el coraje y la prudencia deben ayudarnos a acabar con nuestra existencia". También en Rousseau se encuentran referencias al "suicidio virtuoso", aquel que pone fin a una vida cuyo intenso sufrimiento deshumaniza al individuo. Fue más tarde, hasta 1870, cuando se prohibió en Francia negar sepultura por el motivo que fuera, incluido el suicidio". ¹⁹

"A principios del siglo XIX, Marx presentó su "Eutanasia médica". En esta tesis critica a los médicos que tratan enfermedades más que pacientes y abandonan a éstos cuando no pueden curarlos. Según él no se espera que el médico evite la muerte, sino que alivie el sufrimiento cuando ha desaparecido la esperanza". ²⁰

¹⁸ MORO TOMÁS. *UTOPIA*. Editorial Nuevo mar. México 1984. p. p. 102 y 1033.

¹⁹ KRAUS ARNOLDO, Asunción Álvarez Ob. Cit. p. p. 10- 11

²⁰ Ídem.

Años más tarde, Schopenhauer abría un lugar para el suicidio y la eutanasia al sostener: "Cuando los terrores de la vida pasan más que los terrores de la muerte, el hombre debe terminar con su existencia". Sus contemporáneos reconocen que vivir, en sí mismo, no es el valor supremo; se defiende si vale la pena, pero carece de sentido una vida consumida por el dolor.

1.2.- Moral.

En cierta medida el ser sano implica algún grado de inconciencia no sabemos del cuerpo hasta que algún desajuste nos recuerde su existencia. Salud e inconciencia corporal son atributos cuya pérdida presupone la apertura para la reflexión interna.

Las enfermedades, sobre todo las crónicas, las que merman el placer de vivir, suelen ser fuente de cavilación de preocupación. Se piensa más cuando se padece, pues la idea de la muerte puede alumbrar la existencia. Sin embargo, las ideas anteriores no siempre son ciertas. Hay quienes huyen del mal, pues la idea de la invulnerabilidad se ve amenazada: mejor pensar que la muerte es de otros y no de uno.

"Norbert Elías se adentro en la desolación del moribundo. Ya sea por sus múltiples facetas académicas o por los tropiezos que le depara la vida. En la soledad de los moribundos, este autor analiza la dificultad de los vivos para acercarse a quien pronto morirá. El mundo prefiere ocuparse de lo que se mueve y creer en la inmortalidad: "el problema social de la muerte, resulta de difícil de resolver por que los vivos encuentran complejo identificarse con los moribundos". Denuncia nuestra incapacidad para acompañar a los moribundos, mostrarles ese afecto que tanto necesitan a la hora de despedirse de los demás. El silencio actual difiere de los otros diálogos oportunos y abiertos que sobre el morir se tenían en la Edad Media. ¿Por qué ha segado la modernidad las miradas internas? Lo que antaño era normal ahora nos aterra".²¹

La muerte se aceptaba como un proceso natural del complejo fenómeno que se denomina vida. Ayudar a morir, se realizaba a menudo, como un acto de respeto hacia el enfermo.

²¹ Ibidem, p. 21.

Por otra parte, el deceso constituye siempre un trago duro, no cabe duda; pero en aquellas circunstancias no tenía nada de dramático ni de trágico. En cambio, en nuestra sociedad urbana y supertecnológica ha estado surgiendo muchos factores negativos para el enfermo terminal. La familia nuclear ha sucedido a la familia patriarcal, reducida a su mínima expresión: padre, madre, y un par de hijos, probablemente dispersos en otras ciudades lejanas. Así se crea un contexto totalmente diverso, en lo que se refiere a la atención del enfermo grave, de lo que era la familia patriarcal y el clan totalmente unido.

La expiración de una persona, puede enfocarse como un momento, un acto, un episodio pero también como un largo proceso, como el punto final de una cadena de conductas y de actitudes. "Nos han educado para vivir pero no nos han educado para morir"²². Las actitudes fundamentales en la vida y ante la muerte suelen estar arraigadas muy adentro en la psique; casi nadie las cambia de un momento a otro. Un cambio de mentalidad, ideología y creencias pide tiempo, y éste puede ser de dos a tres generaciones. No es posible cambiar sin violencia algo que primero no hayamos aceptado, tanto a nivel mental como a nivel emotivo.

"En la actualidad las personas allegadas o vinculadas con los moribundos se ven muchas veces imposibilitadas de ofrecerles apoyo y consuelo mostrándoles su ternura y su afecto". Fingir que la muerte no existe es negar el valor de la existencia.²³
"Aquel que enseña al hombre a morir les enseña al mismo tiempo a vivir".²⁴

1.3.- Religión.

En general las religiones monoteístas condenan la eutanasia por considerar que Dios es el único con derecho a designar sobre el final de una vida. Los avances tecnológicos, que permiten prolongar vidas más allá de lo humanamente tolerable, han obligado a las distintas jerarquías religiosas a revisar sus posiciones, las cuales deben considerar que muchas personas practicantes quieren mantenerse fieles a sus credos, pero también están a favor de la eutanasia porque desean asegurarse una muerte digna.

La condena de la eutanasia por parte de la religión se basa en una concepción del Dios común a las tres religiones monoteístas: el cristianismo, el judaísmo y el islamismo. Sus argumentos giran en torno a la idea de que Dios es la fuente de toda vida y el único que puede decidir sobre la muerte.

²² RODRIGUES ESTRADA, Mauro, Op. Cit. p.68.

²³ KRAUS ARNOLDO y Asunción Álvarez. Ob. Cit. p.21.

²⁴ Ibidem, p. 25.

La jerarquía de la Iglesia católica ha sido muy clara al definir su posición al respecto. Rechaza la eutanasia activa y permite la eutanasia pasiva. Esta diferencia supone un cambio de perspectiva para juzgar entre una y otra formas de eutanasia.

La Iglesia equipara la eutanasia con el homicidio que va en contra del designio que prohíbe matar. No importa si esa acción responde al pedido de otra persona. El suicidio es igualmente condenado porque se considera que atenta contra el sexto mandamiento.

Hay más contradicciones en los argumentos religiosos. Si la Iglesia católica condena el suicidio, ¿por qué lo ha justificado en guerras "santas" o en casos de martirios? Entendiéndose por martirio, la muerte o tortura padecida en defensa de un credo o ideal ¿Por qué sólo esas muertes son dignas para Dios? Si se permite prolongar la vida con avances tecnológicos, ¿cómo sancionar la eutanasia activa por atentar contra la voluntad divina que "fija el día de la muerte"?

Con algunas diferencias, las posiciones de otras religiones son similares a la católica. El judaísmo es más escrupuloso con respecto a la eutanasia pasiva, que sólo permite en ciertas condiciones, mientras que el islamismo la prohíbe. Algunas iglesias cristianas —como la anglicana— justifican en algunos casos la eutanasia activa.

"Encuestas efectuadas en diferentes países europeos demuestran que muchos católicos, que observan una práctica religiosa regular están a favor de la eutanasia activa. Ellos esperan un cambio en su iglesia para conciliar plenamente su identidad religiosa con la necesidad personal de asegurarse el derecho a una muerte digna. Vale recordar los graves problemas de conciencia que muchos católicos —sobre todo mujeres— han debido soportar al adoptar medidas anticonceptivas que consideraban imprescindibles, a pesar de la oposición de su Iglesia".²⁵

Los católicos que se manifiestan en pro de la eutanasia activa desean su tranquilidad espiritual, más importante aún cuando se aproxima el fin de la vida.

Los argumentos religiosos permiten la eutanasia pasiva porque que el enfermo tiene libertad para rechazar tratamientos que prolonguen su vida; condenan la eutanasia activa porque juzgan la acción del médico, sin tomar en

²⁵ *Ibidem*, p. 7

cuenta que ella responde a la solicitud de una persona que quiere poner fin a su sufrimiento.

“Al juzgar la eutanasia pasiva, el sujeto de la acción es el paciente y se le considera libre para pedir o rechazar cuidados intensivos cuando ya no hay cura posible. Se reconoce el derecho a decidir sobre su muerte. No se piensa que atenta contra la voluntad de Dios, lo que en cambio, si sucede en la eutanasia activa”.²⁶

Por ello surge la siguiente pregunta ¿POR QUE LA IGLESIA NO APRUEBA LA EUTANASIA? Según la iglesia da una serie de motivos que son los siguientes.

- 1) “Jamás es lícito matar a un paciente, ni siquiera para no verle sufrir o no hacerle sufrir, aunque él lo pidiera expresamente, ni el paciente, ni los médicos, ni el personal sanitario, ni los familiares tienen la facultad de decidir o provocar la muerte de una persona.
- 2) No es lícita la acción que por su naturaleza provoca directa o intencionalmente la muerte del paciente.
- 3) No es lícito omitir una prestación de vida a un paciente, sin la cual va irremisiblemente a la muerte; por ejemplo los cuidados vitales (alimentación por tubo y remedios terapéuticos normales) debidos a todo paciente, aunque sufra un mal incurable o esté en fase terminal o a un en coma irreversible.
- 4) No es lícito rehusar o renunciar a cuidados posibles y disponibles, cuando se sabe que resultan eficaces, aunque sea sólo parcialmente. En concreto, no se ha de omitir el tratamiento a enfermos en coma si existe alguna posibilidad de recuperación aunque se puede interrumpir cuando se haya constatado su total ineficacia.
- 5) No existe la obligación de someter al paciente terminal a nuevas operaciones quirúrgicas, cuando no se tiene la fundada esperanza de hacerle más llevadera a su vida.
- 6) Es lícito suministrar narcóticos y analgésicos que alivien el dolor, aunque atenúen la conciencia y provoca de modo secundario un acortamiento de la vida del paciente. Siempre que el fin de la acción sea calmar el dolor y no

²⁶ Ibidem. p. p. 50-51.

provocar su obrepticamente un acortamiento sustancial de la vida; en este caso, la moralidad de la acción depende de la intención con la que se haga y de que exista una debida proporción entre lo que se logra (la disminución del dolor) y el efecto negativo para la salud.

- 7) Es lícito dejar de aplicar tratamientos desproporcionados a un paciente en como irreversible cuando haya perdido toda actividad cerebral. Pero no lo es cuando el cerebro del paciente conserva ciertas funciones vitales, si esa omisión provocase la muerte inmediata.
- 8) Las personas minusválidas con malformaciones, tienen los mismos derechos que las demás personas, concretamente, en lo que se refiere a la recepción de tratamientos terapéuticos. En la fase prenatal y postnatal se les han de proporcionar las mismas curas que a fetos y niños sin ninguna minusvalía.
- 9) Todo enfermo terminal tiene derecho a ser rodeado de las curas paliativas necesarias para aliviar su dolor, a la atención espiritual y humana para vivir dignamente los últimos momentos de su existencia terrena.
- 10) El estado no puede atribuirse el derecho de legalizar la eutanasia, pues la vida del inocente es un bien que supera el poder de disposición tanto del individuo como del estado.
- 11) La eutanasia es un crimen contra la vida humana y contra la ley divina, así como de los que se hacen responsables o los que intervienen en la decisión y ejecución del acto homicidio".²⁷

La Iglesia ha dictaminado y quiere seguirlo haciendo, sobre la vida y la muerte de los seres humanos; las considera a ambas un dominio que por derecho inalienable le pertenece.

La actitud de la eutanasia es análoga a la que mantuvo sobre el divorcio: el hombre es libre, con restricciones, de iniciar el proceso de unión de la pareja, pero una vez establecido, Dios se reserva el derecho de terminarlo cuando Él así lo quiere. No es lícito interferir. La prohibición es universal y absoluta.

En el caso del divorcio ya se ha suavizado muchísimo el rigor original. Las condenas ya no retumban ni en los oídos ni en los espíritus, ni son norma inviolable de conducta.

²⁷ Revista Católica de Evangelización. p.22

Por el contrario, el rigor sobre la eutanasia sigue vigente; y apenas se observan minúsculas grietas en los últimos años.

La creencia religiosa se decide individualmente. Quienes la incluyen en sus vidas tal vez encuentren esperanza ante la muerte, contemplarla de frente porque la ven como el paso a otra vida. Quienes consideran que la religión es una ilusión deben hallar el consuelo ante la muerte en otra parte; en la vida misma, en la compañía de los seres amados o en la trascendencia.

1.4.- Suicidio.

SUICIDIO: Viene de las voces latinas: sui: así mismo y caedere: matarse: "acto de destruirse o dañarse a sí mismo"²⁸.

Es imposible dejar de conmoverse cuando una persona se suicida. Conmueve por la muerte y porque el acto condena el pasado y la vida del individuo.

Cualquier suicidio cuestiona y algunos incluso duelen. Sin embargo, sería falso afirmar que todas las muertes voluntarias puedan ponerse en un mismo saco. Hay algunas que sensibilizan por el procedimiento; otras porque son rituales; algunas porque son de parejas; otras porque las efectúan jóvenes y unas más porque en el fondo de ellas subyacen pasiones incurables. "Aquellos casos donde el suicidado sembró ideas e iluminó con su ser el mundo, son los que suscitan más preguntas".²⁹

Hay quienes consideran que la autonomía es uno de los valores supremos. Por eso, cuando la vida duele, el suicidio puede ser una opción digna. De hecho, algunos otros encuentran consuelo ante los embates de la vida porque saben que siempre existe el recurso del suicidio.

²⁸ GARCÍA HERRERA, Arturo, Eutanasia ¿Quién Debe Morir?, Editorial Costa-Amic Editor Mexicano, Pág. 91.

²⁹ KRAUS ORLANDO y Álvarez Asunción. Op. Cit. p. 25

1.4.1.-Suicidio asistido.

El suicidio asistido supone que otra persona provea los medios o auxilie a quien quiere finalizar su vida.

Ayudar a morir a una persona que lo solicita puede ser un acto humano con que se da una solución a una vida que la enfermedad a vuelto intolerable. "Es responsabilidad del médico asegurarse antes de que no existan otras formas de ayuda que reducirán la desesperación del paciente".³⁰

1.4.2.- El suicidio como pecado.

Con el cristianismo desapareció la autonomía moral del individuo. La soberanía sobre los actos correspondió al Dios todo poderoso, quien podía delegar al monarca o al pontífice único. A partir de entonces, se condenó la eutanasia y se castigo al suicida, tanto al frustrado como al consumado. Se negaba sepultura cristiana al cuerpo del muerto y sus bienes se confiscaban en favor de la ofendida Iglesia. El suicida frustrado era castigado con el destierro a perpetuidad.

Sólo había una forma de conseguir que tuviera un entierro cristiano; que la familia la cual debería ser pudiente alegrara un ataque de locura antes del acto pecaminoso.

"Durante doce siglos, el cristianismo considero el suicidio el más grave de los pecados por violar el mandamiento que prohíbe matar, sin dar oportunidad para arrepentirse, y por ser un acto contra la ley de la naturaleza y la caridad. Finalmente, por ofender a Dios, dador de la vida y el único que puede ponerle término".³¹

1.4.3.- ¿Constituye un derecho el suicidio?

El suicidio ha sido aclamado y despreciado, buscado y temido, dependiendo de la moral y tradición de cada sociedad.

En nuestra sociedad él suicida se encuentra vinculado a la culpa, a la cobardía, al deshonor y a la debilidad. El suicidio como la muerte aterroriza a los miembros de dicha sociedad. De tal manera que no se razona y se apela a los

³⁰ Ibidem, p. 52

³¹ Ibidem, p. 9

juicios comunes preestablecidos: El suicidio es un crimen terrible contra sí mismo y contra la sociedad; obviamente que es un refugio para personas desequilibradas.

"El suicidio ha sido contemplado, como un medio para liberarse del dolor que acompaña a la etapa terminal de ciertos padecimientos para evitar la agonía causada por una dolorosa herida, desde tiempo inmemorial"³².

Para muchas civilizaciones el suicidio constituyó un problema cuando la muerte era inevitable y dolorosa. Los Celtas consideraban que si ellos se suicidaban antes que fueran estropeados irían al cielo. Ciertos grupos humanos como los esquimales, los siberianos, los polinesianos y algunos grupos isleños del Océano Pacífico aprobaban el suicidio cuando la muerte era inminente.

En algunas sociedades consideraban al suicidio como un acto de misericordia así sí mismo, consistiendo en ello una vez que lo solicitaba el enfermo. Refiere el sociólogo Leo W. Simons, el esquimal viejo o muy enfermo, comunicaba a su familia su deseo de morir, y la familia, si era una familia realmente buena, le complacía inmediatamente, ya fuera matándolo o abandonándolo, dejando actuar a la naturaleza. El doctor Simmons señala que los esquimales creían que todo aquel que enfrentaba con valor una muerte violenta, pasaría su vida eterna en la región celeste más bella.

La muerte se aceptaba como un proceso natural del complejo fenómeno que se denomina vida. Ayudar a morir, se realizaba a menudo, como un acto de respeto hacia el enfermo.

Los indios Aimara de Bolivia proporcionaban a la civilización occidental, un ejemplo de cómo proporcionar al individuo una muerte digna. Cuando un Aimara llega a la fase terminal de su enfermedad, se reúnen en su casa todos los amigos y los familiares para velarlo. Si la muerte se presenta lenta y dolorosa, el enfermo puede solicitar se le ayude a morir. La familia le suspende todo alimento y bebida, y así, la persona se desliza suavemente en la inconsciencia y muere. En *The Journal of the American Medical Women's Association*, Ruth W. Tichauer informa que, el examen médico de estas muertes revela que, las mismas, no fueran causadas por sed o por hambre, sino simplemente por el deseo de morir.

El suicidio entre los griegos era aceptable sólo bajo circunstancias muy especiales, de lo contrario era severamente condenado, ya que privaba al Estado

³² Ídem.

de uno de los miembros que ésta requería, además de usurpar el papel de los dioses quienes corresponde controlar la vida.

Aristóteles, Sócrates, Zenón, el fundador de la filosofía estoica, consideraban que cuando una existencia se tornaba insoportable por la miseria, el dolor, etc., o en el caso de una enfermedad incurable, el suicidio era válido: ya estos pensadores hablaban de morir bien, morir con dignidad.

Cicerón consideró al suicidio, en casos de extremo sufrimiento, como un mandato de Dios, lo cual justificaba que uno se privase de la vida. Los epicúreos consideraban a la muerte como un gran mal, pero aceptaban al suicidio en caso de enfermedad muy dolorosa. Plinio el joven, consideró el derecho a morir como el mejor regalo que Dios ha hecho al hombre durante ese largo penar, que es la Vida.

A principios de su historia, el Cristianismo aceptaba el suicidio con la facilidad. Siendo miembros de una fe que sostenía el concepto de un cielo de absoluta belleza, de paz y bienaventuranza, acogía con agrado a la muerte.

Santo Tomás de Aquino lo convirtió en tabú al escribir en el siglo XIII: El suicidio es uno de los pecados más graves y trágicos, ya que no permite el arrepentimiento. Así el suicidio quedó convertido en un pecado mortal.

La religión tuvo una influencia tan nefasta que aquellos que intentaban suicidarse pero fallaban eran ejecutados. Se les ahorcaba en público, o se les decapitaba, o bien se les quemaba, se les hacía morir en la hoguera, y se les enterraba fuera del cementerio, a menudo en el cruce de algún camino, clavados a una viga y cubiertos con rocas pesadas a fin de evitar que sus armas rondasen. Esta práctica se mantuvo en Inglaterra hasta principios del siglo XIX.

En Inglaterra se consideraba que el suicidio interfería los planes de Dios, insultaba su imagen o sea el hombre mismo y robaba los derechos del rey, ya que la vida de los súbditos era propiedad del rey. Consecuentemente, el rey podía cobrar su deuda confiscando la propiedad y los derechos del suicida.

Al parecer, algunos creadores consideran que el suicidio puede ser un fin digno para su vida. El dolor emanado de la creación o imposibilidad de mejorar lo hecho pueden ser causas que orillan al suicidio.

Ahora hablaremos del homicidio calificado art. 148 del Código Penal para el D. F., en el cual además de la ventaja (en la que el sujeto activo es superior debido a su fuerza física o a la utilización de medios que lo hacen superior), alevosía (intencionalmente sorprender a alguien, empleando asechanza para poner a su víctima en desventaja), o traición (el que además de la alevosía utiliza la perfidia, violando la seguridad de la víctima) se encuentra la premeditación que para el caso de la eutanasia es relevante. Se da este elemento cuando se comete el delito después de haber reflexionado sobre él, es el elemento agravante según la Escuela Clásica, en cambio la Escuela Positiva pugna porque en su lugar se considere el móvil.

Según nuestro Código Penal, la premeditación se presume cuando el homicidio se realiza entre otros medios con la ayuda de algún brebaje.

1.5.- Desarrollo jurídico de la Eutanasia en la Legislación Mexicana.

Proclamada la independencia del país (1821), y después del breve Imperio de Iturbide, en noviembre de 1823 un segundo Congreso proclama la República y elabora una Constitución: la Constitución de 192 4 que decreta la independencia y soberanía de los Estados de la Federación en cuanto a su régimen interno. De esta forma. Cada entidad federativa adquiere la facultad de proclamar sus propias leyes.

Después de estos acontecimientos, se suscitaron varios ensayos de República Centralista (1835-1846, 1853-1855), pero finalmente el Federalismo, al menos en su aspecto jurídico, fue consagrado definitivamente en el artículo 4º de la Constitución del 5 de febrero de 1857. No obstante a ello, la influencia de régimen virreinal provocó que todo el país desde 1821 hasta 1869, fuera regido por las mismas leyes penales, excepto el estado de Veracruz.

1.5.1.- Código penal de Veracruz.

En el año de 1835 aparece formalmente, en el estado de Veracruz, el primer Código Penal Mexicano Independiente. En la elaboración de este importante documento participaron los diputados Bernardo Coutu, Manuel Fernández Leal, Antonio Maria Salorio y José Julián Tornel, principalmente.

El Código de Veracruz no legisla explícitamente sobre la eutanasia, pero sí encontramos en él artículos que podemos relacionar con ella. Tal es el caso del artículo 542 sobre ayuda al suicidio, ubicado en la tercera parte: Delitos contra los

particulares, bajo el Título I: Delitos contra la persona, que a la letra dice "el que ayudare a otra persona en el acto de suicidarse, o el que antes lo proveyere de medios al efecto, conociendo lo que intenta, o dejare de dar aviso correspondiente a quien deba o pueda impedirlo, se tendrá como cómplice de homicidio, sujeto a las penas que respectivamente quedan establecidas en la primera parte este Código. Nunca. Nunca, sin embargo, se le impondrá la pena capital, a no ser que haya sido él quien sedujo u obligó al suicida a darse muerte".

Considero importante mencionar éste artículo porque en él se regulan conductas de auxilio al suicidio que pueden ser dos formas de eutanasia, aunque no se hace alusión a los móviles de piedad que tendrían que anteceder a estos comportamientos.

Cabe señalar que el artículo 542 tiene ciertas ambigüedades, pues hace referencia a los supuestos en que se considera a una persona "cómplice de homicidio", lo cual no es muy preciso porque en él se está aludiendo a la conducta del suicidio lo, que en todo caso, implicaría hablar de complicidad en éste y no en el homicidio. Además de que en sentido estricto ser cómplice de homicidio supone un tercero que realiza el homicidio en el cual se coopera, aquí en cambio se trata de complicidad en el suicidio.

Creo que la relación de este artículo hubiera sido más precisa si se hablara de la complicidad en el suicidio, estableciendo las penas para tal conducta, las respectivamente señaladas para el homicidio

En el mismo sentido, y refiriéndose a la última conducta contemplada en el artículo en cuestión, que hace referencia al supuesto en que se sancionará con pena capital a "quien sedujo u obligó al suicida a darse muerte", surge la inquietud de cuestionarnos si se podría denominar suicida a la persona a quien se obliga a darse muerte. Lo cual respondemos con una negativa, pues la persona que obliga a otra a darse muerte es un homicida, por lo tanto la persona quien se da muerte no es un suicida sino más bien una víctima de homicidio.

Por otra parte es necesario hablar de las personas que se establecen para las conductas observadas en el artículo 542 pues en ellas vamos a encontrar elementos que podemos relacionar con el tema en desarrollo.

La pena para los cómplices se establece el artículo 105 que a la letra dice "Lo mismo sucederá con los cómplices cuya cooperación haya sido tan importante que sin ella no se hubiera cometido en delito. En caso contrario, los jueces, tomando en consideración todas las circunstancias del caso y las personas, impondrán una pena extraordinaria menos siempre que la ordinaria, a más de presenciar el

castigo de los principales delincuentes, si fuere éste el de muerte o de venganza pública”.

La pena ordinaria del homicidio de la que se hace mención en el artículo 104 para los autores y en el artículo 105 para los cómplices se señala en el artículo 522: “El que matare a otro fuera de los casos para los que expresamente se ha establecido en los artículos precedente, sufrirá desde dos años de prisión hasta trabajos perpetuos, según fueren más o menos agravantes las circunstancias del delito”.

Hablando de los cómplices, el artículo 103 establece que lo son:

- 1.- Los que dan instrucción, aviso o noticias a los autores de un delito con el fin de que éste se cometa.
- 2.- Los que suministren instrumentos o los medios de cometer el delito.
- 3.- Los que con su presencia o palabras en el acto de cometerse un delito contribuyen a su perpetuación de acuerdo o en combinación con los autores principales de él.
- 4.- Los que teniendo la obligación de impedir un delito o tomar precauciones para que este no se cometa, dejen de hacer una u otra cosa, procediendo de acuerdo con los principales delincuentes.

Lo importante en lo relativo a las penas es que, si la pena ordinaria para el homicidio es de dos años de prisión hasta trabajos perpetuos la pena extraordinaria a la que hace mención el artículo 105:

“Lo mismo sucederá con los cómplices cuya cooperación haya sido tan importante que sin ella no se hubiera cometido el delito, los jueces, tomando en consideración todas las circunstancias del caso y las personas, impondrán una pena extraordinaria menor siempre que la ordinaria, a más de presenciar el castigo de los principales delincuentes, si fuere éste el de muerte o de vergüenza pública”.

Dicha pena, deberá ser menor de dos años, quedando al criterio del juez, valorar las atenuantes de cada caso y señalare la sanción que le parezca justa. Esto, aplicado a la complicidad en el homicidio a la que hace referencia el artículo 542, la cual como ya mencionamos hubiera sido mejor denominar complicidad en el suicidio, da la pauta a considerar que en tal caso, y según las circunstancias en

que esta complicidad se dé, se puede aplicar una pena extraordinaria. Dando así, cierta expectativa a la eutanasia.

1.5.2.- Código de 1871.

La Independencia de México no trajo consigo cambios radicales. El aspecto jurídico, y por supuesto la materia penal no fueron la excepción, pues continuaron en vigencia el Fuero juzgo, las Siete Partidas, la Novísima Recopilación, la Recopilación de Indias, la Constitución de 1812 y otros decretos especiales. Las nuevas leyes penales fueron creadas dentro de una gran inestabilidad política. Muchas de ellas fueron arbitrarias, como la ley "del caso" del 16 de marzo de 1833. Los delincuentes fueron sometidos a base del terror y de juicios sumarísimos. La perspectiva legislativa en materia penal era más bien anárquica.

Para tratar de modificar esta situación el presidente Benito Juárez nombró una comisión para que redactara un Proyecto de Código penal para el Distrito Federal y territorios de Baja California. Sin embargo la intervención Francesa frustró este proyecto. Una nueva comisión bajo la dirección del Licenciado Antonio Castro fue instituida en 1868. De esta forma, el 7 de diciembre de 1871, el Código Penal fue promulgado. Este nuevo Código, en gran parte, era una adaptación del Código Penal Español de 1870, al que se incorporaban ideas fundamentales de la Constitución de 1857.

Al igual que en el de 1635 de Veracruz, en este Código, tampoco se trató expresamente el tema de la eutanasia, Sin embargo, el artículo 559, además de hacer referencia a la inducción o ayuda al suicidio, alude al homicidio consentido, otra modalidad de eutanasia, al hablar de la voluntad y orden de la persona para morir.

Artículo 559: "el que dé muerte a otro con voluntad de éste o por su orden, será castigado con cinco años de prisión. Cuando solamente lo provoque al suicidio, o le proporcione los medios de ejecución, sufrirá un año de prisión, si se verifica el delito. En caso contrario, se le impondrá una multa de cincuenta a quinientos pesos".

Como podemos darnos cuenta, en este artículo, lo mismo que el 542 del Código de Veracruz de 1835, no se hace mención de los móviles o motivos piadosos que deben influir en la observancia de esas conductas. "Este Código fue adoptado por la mayoría de los Estados"³⁶.

³⁶ PEREZ VALERA, Victor M, Eutanasia ¿Piedad? ¿delito? Segunda edición. Editorial Jus. México. 1989. p. p. 240-241.

En 1912 se organizó la revisión del código de 1871, y por lo que se refiere al artículo 559, no sufrió modificación alguna.

1.5.3.- Código Penal de 1929.

La creación del Código penal del 15 de diciembre de 1929, el cual tuvo una vigencia de dos años, no fue fácil, ya que, además de tener la misión de suplir al Código de 1871, que estaba impregnado de un espíritu de perfección y bondad, presentaba defectos considerables.

El Código Penal de 1929 estuvo muy influenciado por la corriente positiva de César Lombroso y Enrique Ferry, incrementaron las multas que se especificaban por medio de "días de utilidad". Las críticas y protestas a este Código no se hicieron esperar, y el mismo Emilio Portes Gil ordenó su revisión.

Con relación a nuestro tema, podemos mencionar tres artículos del Código en comento:

Artículo 982: "El que de muerte a otro por voluntad de éste y por su orden, se le aplicara una sanción de cuatro a seis años de segregación y multa de treinta a cincuenta días de utilidad".

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

Artículo 984: "Si el occiso o suicida fuere menor de edad o padeciere algunas de las formas de enajenación mental, se aplicará al homicida o instigador las sanciones señaladas al homicidio calificado".³⁷

Lo relevante de estos tres artículos lo ubicamos en el artículo 984 que hace una innovación al señalar características del sujeto pasivo.

Aunque los Códigos no hacen alusión expresa al tema de la eutanasia consideramos que, de una forma u otra, expectativas a ella al hacer referencia en su redacción a algunas de sus modalidades: suicidio, inducción al suicidio,

³⁷ Ídem.

homicidio consentido. Además de que las penas impuestas para tales casos tienen cierta atenuación.

Es importante hacer la observación de que ninguno de los artículos anteriormente comentados cita los móviles de piedad que tendrían que anteceder a las conductas mencionadas, y que en algunos casos, no se habla de suicidio, inducción al mismo u homicidio consentido, sino de homicidio en sentido estricto de la palabra.

1.5.4.- Código penal de 1931.

El 13 de Agosto de 1831 el Presidente Pascual Ortiz Rubio expidió el Código Penal para el Distrito federal, y en materia de fuero común, y para toda la República, que en los años setenta dicho texto sufrió más de treinta reformas, actualmente vigente.

El código actual presenta algunas novedades:

- a) Se concede, en general, mayor libertad al juez en la aplicación de algunas sanciones según máximo y mínimos considerados en la ley; se deben tomar en cuenta las circunstancias exteriores y las peculiares del delincuente. (art. 51 y 52).
- b) Se perfeccionan los elementos de la suspensión condicional de la pena (art. 90).
- c) De la fórmula de la tentativa de delito (art. 20).
- d) De la participación en el delito (art. 22).
- e) De las circunstancias excluyentes de responsabilidad (art.29).
- f) El carácter de pena pública de la reparación del daño (art. 37).

Por lo que se refiere a nuestra materia, éste Código no tuvo mayores cambios trascendentales.

1.5.5.- Proyecto de 1949.

De los proyectos de reforma al Código Penal es importante destacar en relación a nuestro tema, el que se elaboró por el Dr. Luis Garrido, con la

colaboración de los notables penalistas Celestino Porte Petit, Raúl Carrancá y Trujillo, y Francisco Argüelles. En 1949.

El artículo 304 decía en su parte final: "que se impondrá de uno a tres años de prisión cuando la privación de la vida se cometa por móviles de piedad, mediante súplicas reiteradas de la víctima, ante la inutilidad de todo auxilio para salvar la vida".

En este proyecto aunque no se hace alusión expresa a la eutanasia de alguna manera también se da una expectativa a ella, cuando se hace mención de privación de la vida, es importante destacar que en este artículo ya se hace referencia a los móviles de piedad que anteceden a dicha conducta.

Ahora analizaremos brevemente el Código para el Estado de México publicado por el gobernador del Estado, Dr. Gustavo Baz, el cual entro en vigor el 5 de febrero de 1961.

En su artículo 234 dice: "Será castigado con prisión de seis meses a diez años y multa hasta diez mil pesos el homicidio cometido:

- I. En estado de emoción violenta que las circunstancias hiciera excusable;
- II. En vindicación próxima de una ofensa grave causada al autor del delito, su cónyuge, concubino, ascendientes, descendientes y hermanos";
- III. Por móviles de piedad, mediante suplicas notorias y reiteradas de la víctima, ante la inutilidad de todo auxilio para salvar la vida.

Parece un poco erróneo que el legislador haya colocado en este artículo equiparando un delito de órdenes muy diversos entre sí, ya que hay un estado de emoción violenta, algo inesperado para el sujeto activo que lo hace reaccionar se forma súbita e inesperada, en cambio en el caso de la tercera fracción se habla de lo que motivo a efectuar el acto el cual es un sentimiento de misericordia y compasión ante el hecho de que la persona de que la persona esta condenada a morir irremediamente y su larga agonía puede acortarse.

1.5.6.- Código Penal para el Estado de Mexico.

Ahora analizaremos brevemente el Código para el Estado de México publicado por el gobernador del Estado, Dr. Gustavo Baz, el cual entro en vigor el 5 de febrero de 1961.

En su artículo 234 dice: "Será castigado con prisión de seis meses a diez años y multa hasta de diez mil pesos el homicidio cometido:

- I. En estado de emoción violenta que las circunstancias hicieren excusable;
- II. En vindicación próxima de una ofensa grave causada al autor del delito, su cónyuge, concubino, ascendentes y descendentes y hermanos.
- III. Por móviles de piedad, mediante suplicas notorias y reiteradas de la víctima, ante la inutilidad de todo auxilio para salvar la vida".

Parece un poco erróneo que el legislador haya tratado de equiparar en este artículo un delito como lo es el homicidio con el delito eutanasico, que aunque no lo dice expresamente, se sobre entiende, siendo que son delitos de órdenes muy diversas entre sí. La misma regla lo dice, al referirse a un estado de emoción violenta algo inesperado para el sujeto activo el cual lo hace reaccionar de forma súbita e inesperada; así la tercera fracción trata sobre el qué lo motivó para efectuar el acto el cual expresa la norma que es un sentimiento de misericordia y compasión ante el hecho de que la persona esta condenada a morir de forma irremediable y su larga agonía puede acortarse.

CAPITULO II. GENERALIDADES DE LA EUTANASIA.

2.1.- Concepto de eutanasia

El concepto de eutanasia ha venido significando realidades muy diferentes a lo largo de los tiempos. Esta variedad de significados, se ha ido incrementado conforme aumenta la variedad de modos de vida, la multiplicidad de lugares físicos y de ritmos temporales de una sociedad determinada y especialmente el grado de complejidad de las nuevas tecnologías. "A pesar de este dato la eutanasia ha sido definida la mayoría de las veces como la muerte en paz, sin dolores, incluso en plenitud de conciencia, sin disminución de las cualidades psíquicas del individuo"³⁸. Si realizamos un estudio detallado de la conformación del término "eutanasia" encontramos que se trata de un término derivado de la lengua griega, y que etimológicamente proviene de dos palabras: *eu* (bueno) y *thánatos* (muerte); significado, en un principio, buena muerte.

"En la antigüedad significaba muerte dulce sin sufrimientos atroces y ciertamente sería deseable ésta perspectiva para cada hombre, ya que el hombre tiene el derecho real y legítimo a morir con dignidad humana y cristiana; éste es un derecho que el personal de salud está llamado a salvaguardar, cuidando al moribundo y aceptando el natural desenlace de la vida"³⁹.

Ferrer Serrate nos dice: "Quien considere al hombre como un animal sensitivo, sin alma, pensará que la muerte buena es sólo la muerte placentera. Para un filósofo estoico, como Sócrates, eutanasia será la muerte soportada con seriedad y valor. Para un nihilista, sería la muerte acelerada. Quien tenga una concepción cristiana del hombre, pensará que la muerte buena es aquella que tiene lugar en el momento y hora que Dios disponga, sin aceleraciones contrarias a la misma naturaleza, con el máximo de lucidez de su conciencia, en paso hacia una vida nueva"⁴⁰.

Sin embargo a pesar de su significado etimológico, este término ha adquirido otro sentido más específico: "procurar la muerte sin dolor a quienes sufren"⁴¹

La eutanasia puede ser considerada, en determinados aspectos semejante al asesinato porque en ambos casos la vida humana está en juego. Sin embargo, es

³⁸ VIDAL, M., Bioética, Estudios de bioética racional, Ed. Tecnos, Madrid, 1989, p. p. 62-63.

³⁹ Revista Católica de Evangelización. p. 22.

⁴⁰ FERRER SERRATE, J., "Dolor y eutanasia", Cuadernos de Actualidad, Editorial Universidad de Navarra, Pamplona, 1976. p. 24

⁴¹ COMITÉ EPISCOPAL PARA LA DEFENSA DE LA VIDA, La eutanasia. Ediciones Paulinas, Madrid, 1993, p. 9.

erróneo identificar la eutanasia con el asesinato. "El Prof. Dr. Calsamiglia nos dice que existen algunas diferencias importantes que van a permitir diferenciarlas:

- a) en la eutanasia siempre ha de existir una razón humanista, mientras que en el asesinato, no. La eutanasia justificada o no, sólo puede producirse en interés de la dignidad del destinatario;
- b) la eutanasia tiene como objeto disminuir el daño o eliminar el sufrimiento del destinatario que va a morir de todas formas. Los daños y sufrimientos pueden ser muy variados, desde el dolor insoportable hasta la pérdida de dignidad que puede representar para una persona la reducción a vegetal. En el asesinato no se pretende disminuir el daño de nadie, sino lo que se pretende es matar simplemente; y
- c) mientras el destinatario desea la muerte en el caso de la eutanasia, en el asesinato la víctima no aspira a morir".⁴²

Se entiende por eutanasia a privar de su vida sin sufrimiento físico a otra persona, a su requerimiento y en su interés.

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

"Se entiende por "eutanasia" el privar de su vida a otra persona sin sufrimiento físico, a su requerimiento, al menos con su consentimiento, y en su interés".⁴³

"La eutanasia es el acto o método para producir la muerte sin dolor y terminar con el sufrimiento".⁴⁴

"Hablar de eutanasia es enredado, pues significa pasar de la vida a la muerte a solicitud del enfermo con la participación directa del doctor y la familia".⁴⁵

"Una es la que debe llamarse AUTOEUTANASIA, es decir que pide el paciente para sí mismo, y otra la eutanasia decidida; y practicada hacia otra persona sin su correspondiente solicitud y podemos acuñar el término eutanasia"⁴⁶

⁴² CALSAMIGLIA, A., "Sobre la eutanasia", DOXA, Cuadernos de filosofía del derecho, Alicante, 1993, p.343.

⁴³ FORELL, MARTÍN, Diego, Op. Cit. p. 104-106.

⁴⁴ KRAUS, ARNOLDO, Op. Cit. p. 7.

⁴⁵ KRAUS, Arnoldo R. CABRAL, Antonio, La Bioética, Consejo Nacional para la Cultura y las artes, Pág.37.

⁴⁶ Rodríguez Estrada Mauro, Op. Cit. Pág. 17.

Hoy en día, la eutanasia viene a significar prácticamente lo que se ha denominado como *homicidio por compasión*, es decir, el provocar la muerte de otra persona por piedad, debido a los continuos sufrimientos que padece o atendiendo a su deseo de morir por las razones que considere oportuno.

El hecho central de la eutanasia no es otro que el que *un ser humano de muerte a otro, de forma conciente y deliberada*, aunque para ello se ampare, por un lado, en sentimientos de conmiseración y lástima hacia quienes sufren penalidades o desgracias, y por otro lado, en la no producción de dolor por medios empleados al efecto.

En la actualidad son cada vez más las personas y los grupos que abogan por su legalización, por que se le de un cierto grado de respetabilidad social. Todo ello puede deberse al hecho de que se muestren en la creencia que la vida humana no merece ser vivida más que en determinadas condiciones de plenitud, negando en todo momento, que la vida humana sea un bien superior y un derecho inalienable e indisponible, es decir que no puede quedar al criterio de otros ni al de nosotros mismos.

Considero eutanasia aquellas acciones u omisiones motivadas en consideración a una determinada persona que, directa e indirectamente, provocan su muerte como un bien para esa persona y no simplemente como una ayuda a bien morir, y siendo, además condición indispensable que la vida adquiera una situación de indignidad irreversible.

Javier Gafo Fernández doctor en biología y jesuita, cree que la eutanasia viene a significar la acción médica por la que se acelera o no se evita -existiendo posibilidad de hacerlo- la muerte de una persona enferma, distinguiéndose a la eutanasia en relación con el suicidio en base al hecho de que se trate de una persona enferma, afectada por una dolencia grave.

De ahí una de nuestras principales discrepancias con el planteamiento de este autor, se puede deber a la acción de un amigo, pariente o cualquier otra persona que pretenda acelerar lo no evitar la muerte de un ser humano cuando tiene posibilidades de hacerlo. No es un rasgo esencialmente característico de la eutanasia el que sea practicada por un médico.

Son muchos los conceptos del Derecho y de la moral que como el vocablo "eutanasia" parecen presentar en sí mismos una fuerte carga emotiva, y en este caso ello no obedece sólo a su empleo polémico en el marco de las discusiones éticas y jurídicas sino incluso a su propia etimología, donde, como hemos visto con anterioridad, al sustantivo muerte se le añade el calificativo de buena o dulce.

Algunas definiciones incluyen el dato de la irreversibilidad. Así, P. Singer entiende que el término eutanasia se refiere sólo el dar muerte a enfermos incurables.

Para Valle Muñiz la eutanasia debe abarcar los supuestos en que una persona presenta un cuadro clínico irreversible.

En esencia, utilizando un mismo significado de la expresión como referente para la discusión acerca de si debemos legitimar o no el que un hombre dé muerte a otro dadas ciertas circunstancias. Hay quienes abogan porque es condición indispensable para que se de un caso de eutanasia que exista una situación de "indignidad irreversible". Argumentan que deben existir ciertas circunstancias determinadas en las que está implicada la dignidad humana muy directamente, pero donde, además, se ve afectada (vulnerada) de un modo irreversible. Sin esta situación denigrante, y si esta no es irreversible, no podrá darse la eutanasia. Pero ¿cuándo nos encontramos ante una situación así?. "Según E. Gimbernat ésta situación de indignidad puede concretarse en tres supuestos:

- a) muerte próxima del paciente, acompañada a menudo de fuertes dolores físicos;
- b) pérdida irreversible de la conciencia, siendo mantenida por medio de aparatos modernos;
- c) la muerte no esta próxima pero se arrastra una existencia dramática acompañada de graves padecimientos físicos";⁴⁷ por mi parte considero importante agregar un cuarto supuesto que es el siguiente;
- d) pacientes con enfermedades terminales.

Dejando a un lado los problemas de justificación cuando lo que se pretende es llevar a cabo una definición general de la eutanasia, procurando respetar el uso común del término, creo que constituyen "eutanasia", *aquellas intervenciones - mediante acciones u omisiones- que en consideración a una persona, buscan causarle la muerte para evitar una situación de sufrimiento, bien a petición de éste, bien por considerar que su vida carece de la calidad mínima para que merezca el calificativo de digna.*

⁴⁷ GIMBERNAT, E., "Eutanasia y Derecho penal", Revista de la facultad de Derecho de la Universidad de Granada, Num.12, 1987, p. 105.

2.2.- Clasificación de la eutanasia.

Eutanasia voluntaria y no voluntaria.

Si tomamos en cuenta el punto de vista de quien va a recibir la eutanasia, es decir, de la persona que debido a unos sufrimientos solicita su muerte, la eutanasia puede ser de dos tipos: *voluntaria* y *no voluntaria*. Esta distinción gira en torno a la concurrencia o no del consentimiento del sujeto en su propia muerte.

Se habla normalmente de eutanasia voluntaria cuando es solicitada, libre y concientemente, por quien quiere que le den muerte. Se trata de personas que, sujetas a unas determinadas circunstancias, solicitan que se les de muerte para verse de sus sufrimientos físicos o morales por los que consideran insoportables. Esta práctica podría ser definida a nuestro entender como "muerte por requerimiento".

Por el contrario, cuando el paciente, por cualquier razón no puede expresar su consentimiento se habla de eutanasia no voluntaria.

Ambas prácticas –voluntaria y no voluntaria –, deben ser consideradas a todos los efectos como eutanásicas, es conveniente diferenciar esta última práctica, en la cual la decisión es tomada sin contar con la voluntad del sujeto porque ello no es posible debido a unas circunstancias particulares, de la denominada eutanasia involuntaria, en la que la práctica tiene lugar bien en contra del expreso deseo del paciente de que le sea realizada. Sería el caso en el que se practicara la eutanasia en contra de la voluntad del sujeto.

No hace falta decir que, aunque podríamos diferenciar y comprender el significado de la práctica involuntaria, ésta debe ser excluida de un modo absoluto y tajante del perfil conceptual de la eutanasia. Si el paciente que tiene capacidad de decidir no ha sido consultado al respecto o ha manifestado que no desea la eutanasia y se contraviene su expreso deseo, la práctica de ésta resultaría de todo punto injustificable, alejándose de la eutanasia y encontrándose mucho más cercana de figuras como el homicidio e incluso el asesinato.

Eutanasia activa y eutanasia pasiva.

Desde el punto de vista quien la práctica, es decir, de la persona que accede realizar la eutanasia ante los ruegos de quien padece una situación degradante, se pueden diferenciar entre una *eutanasia activa* y *otra pasiva*. La primera de ellas hace referencia a la acción por la que se pretende pasivamente de forma directa o indirecta la suspensión de la vida de otra persona.

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".

Por el contrario estaremos haciendo referencia a la eutanasia pasiva cuando se supriman o no se adopten las medidas que mantenían o pueden mantener con vida a una persona y esta suspensión o no adopción sea la que produzca la muerte. Esta norma tiene dos reglas de actuación (complementarias pero no excluyentes) que van a marcar el carácter pasivo de la eutanasia:

- a) que se hubiera podido evitar o posponer la muerte si se hubiese continuado con las medidas, y
- b) que las medidas a las que estamos haciendo referencia no se encuentren dirigidas sin más a la prolongación de la muerte por el mero hecho de alegrar la vida de un determinado individuo, sino que estén encaminadas a hacer posible que el individuo pueda tener o desarrollar un proyecto de vida.

Podemos considerar que en el orden ético no hay ninguna diferencia entre las formas activa (*provocar inmediatamente la muerte mediante la aplicación de un agente letal*) y pasiva (*provocar la muerte mediante la comisión deliberada de una omisión, es decir, la omisión querida de un cuidado debido y necesario para la curación o la supervivencia*) de provocar la muerte mediante eutanasia.

La distinción entre estos dos tipos de eutanasia es, igual a la distinción que se ha establecido entre matar a una persona y dejar que muera, siendo ésta última mucho más reprochable, y todo ello en base a dos argumentos: teniendo así primeramente el proceso de "dejar morir" que puede ser relativamente lento y doloroso, mientras que la inyección letal es relativamente rápida e indolora; y segundo, la doctrina convencional facilita que las decisiones relativas a la vida y la muerte se tomen teniendo en cuenta aspectos ajenos al caso.

"Pueden darse casos, en efecto, en que se considere más reprochable el dejar a una persona que se muera que el matarla. Por ejemplo un paciente que está muriendo de un cáncer de garganta incurable, sufre unos tremendos dolores que no puede aliviarse satisfactoriamente, es seguro que morirá en cuestión de días aunque el tratamiento siga su curso, pide al médico que ponga fin a ello y la familia se une a la decisión del paciente. Leticia, doctora joven e inteligente, movida por razones humanitarias dispone la intervención en el paciente mediante un agente letal que provoque el final de sus días. Por el contrario, Juana, excelente profesional y mucho más tradicional, dispone la retirada de todo

tratamiento con el propósito de “dejar morir” al paciente, el cual padece atroces dolores y como de cualquier manera morirá, sería injusto prolongar su sufrimiento innecesariamente. Mientras Leticia ha matado a una persona Juana ha dejado simplemente que se muriera. Ambos casos pudieran ser o no moralmente reprobables en función de que adoptáramos una postura favorable o contraria a la eutanasia pero la conducta de Juana implica una dosis mayor de crueldad, está menos exigida por las circunstancias y, por consiguiente, es menos deseable que la conducta de Leticia, aun cuando en verdad se ha limitado a dejar que su paciente muriera”.⁴⁸

Ahora bien, la distinción entre matar y dejar morir no coincide exactamente con la existente entre eutanasia activa y eutanasia pasiva. En rigor la eutanasia pasiva no es realmente pasiva por cuanto acarrea una intención que lleva a la muerte de otra persona.

Se considera que las dos grandes divisiones de la eutanasia son: la pasiva y la activa.

Arnoldo Kraus las cita de la siguiente manera:

“Eutanasia activa o positiva: Implica la finalización deliberada de la vida con el mismo objetivo por medio de una terapia encaminada a procurar la muerte.

Eutanasia pasiva o negativa: Significa que la muerte sobreviene por omitir o renunciar a medidas que tienden a preservar la vida.

Eutanasia neonatal: Mira a los casos de patología graves en los neonatos, con el fin de evitar el sufrimiento a los pequeños y gastos excesivos a la sociedad.

Finalmente, *el suicidio asistido* supone que otra persona provea los medios o auxilie a quien quiere finalizar su vida.⁴⁹

Las precisiones anteriores permiten diferenciar entre sí las formas de eutanasia. Tales conceptos no solo tienen implicaciones semánticas, sino cuestionamientos filosóficos y morales. Por ejemplo ¿Es más humana la eutanasia activa que la pasiva? ¿Es más ética una que otra? ¿Deben o no los médicos asistir en su muerte a quien lo solicite?

⁴⁸ SANCHEZ JIMENEZ, Enrique. La Eutanasia ante la moral y el derecho. Universidad de Sevilla. Secretariado de publicaciones. 1999. p. p. 36-37.

⁴⁹ KRAUS, Arnoldo y Álvarez Asunción, Op. Cit. p. 7.

La diversidad de las formas de eutanasia es una respuesta al mosaico de padecimientos y circunstancias se enfrentan al final de la vida. Además, cada enfermo padece y responde a la proximidad de la muerte de manera distinta.

Haring define a la eutanasia activa como "la institución planificada de una terapia encaminada a procurar la muerte antes de lo que sería esperado en otro contexto".⁵⁰

Para Sporken la eutanasia activa consiste en "la intervención en el proceso de morir que, según la definición de Binding implica la situación de una causa natural de muerte por otra causa artificial, o en otras palabras, el poner fin a ciencia y conciencia de manera positiva a una vida humana"⁵¹.

Se da la eutanasia activa cuando se produce una acción encaminada sin más a procurar la muerte del moribundo.

La eutanasia pasiva la define Haring como "la omisión planificada de los cuidados que probablemente prolongarían la vida"⁵²

Aunque el término pasivo nos pondría a pensar que es; el no hacer o el omitir los cuidados pertinentes para con el enfermo, no es así ya que se administran las drogas para combatir el dolor, la hidratación ya sea por vía bucal o intravenosa para disminuir la sed y continuar con los cuidados pertinentes. Es por lo tanto ayudar a morir humanamente, no se aplican medidas extraordinarias de tratamiento y se deja seguir el proceso hasta que llega el momento de morir.

La eutanasia pasiva no significa la muerte cruel y deshumanizada. Es más en hospitales de todo el mundo se practica, los médicos aprecian una diferencia entre la eutanasia positiva y la negativa entre la acción y la omisión.

En una encuesta realizada a médicos el 85% de los encuestados favorecían la eutanasia negativa, y solo el 15% de los médicos estaban por la eutanasia positiva.

⁵⁰ PÉREZ VARELA, Víctor. Op. Cit. P. 25.

⁵¹ *Ibidem*; p.26

⁵² *Ídem*.

2.3.- Neologismos de la Eutanasia.

El hombre desde muy antiguo, y cada vez que se han ido produciendo nuevos avances tecnológicos con mayor frecuencia, no sólo ha intervenido en la existencia de otros seres humanos acortándola; sino que también ha participado en la prolongación de la vida humana. Para designar esta realidad ha surgido la necesidad de acuñar un neologismo que de algún modo la expresara y, a su vez, la distinguiera de otras prácticas.

2.3.1.- Adistanasia.

De acuerdo con la definición de Gonzalo Higuera, "que normalmente la decisión de suspender el tratamiento distanásico la puede tomar la familia, o bien el médico (sin avisar a la familia) cuando el tratamiento no esta dando resultados, y los aparatos sean necesarios para otros enfermos que tengan mayor probabilidad de éxito, además de que puede también suspenderse el tratamiento por serias razones económicas, psicológicas y sociales"⁵³.

Lo anterior ocurre frecuentemente en las instituciones dependientes del gobierno federal como ISSSTE o IMSS cuando han comprobado que no tiene sentido mantener la vida de una persona, artificialmente y que a pesar del esfuerzo realizado, no se vislumbra a una mínima recuperación.

Por lo expuesto, podemos definir a la Adistanasia como: el acto consistente en dejar de aplicar al moribundo las atenciones y métodos médicos que lo mantienen con vida y sólo retardan el momento de la muerte.

2.3.2.- Distanasia.

En oposición a la eutanasia, la distanasia que etimológicamente procede del griego "dis", mal, algo mal hecho, y "thánatos", muerte, es la otra cara de la eutanasia, caracteriza la muerte dolorosa, la agonía prolongada.

Consiste sin más, en la pretensión 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, aunque no exista la esperanza de curación.

⁵³ JIMENEZ DE ASAÚA, Luis. Op. Cit. p. 35.

De modo más técnico se define como "la práctica que tiende a alejar lo más posible la muerte, prolongando la vida de un enfermo, un anciano o de un moribundo, ya inútiles, desahuciados sin esperanza humana de recuperación, y utilizando para ello no sólo los medios ordinarios. Sino extraordinarios, muy costosos en sí mismos o en relación con la situación económica del enfermo y su familia".⁵⁴

No se trata de una absolutización del modelo de beneficencia según el cual deberán prevalecer los intereses del médico sobre los del paciente en caso de conflicto, pues éste no tiene porqué llevarnos a una desmesurada prolongación de la vida. Se trata de elevar al grado más alto una actitud vitalista, según la cual mientras exista un resquicio de vida debe ser mantenida, utilizándose para ello todos los medios artificiales que las nuevas tecnologías hagan disponibles. No importará 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.

"Tradicionalmente se han diferenciado dos formas posibles de distanasia. Por un lado, la distanasia como práctica que pretende prolongar la muerte (no la vida) mediante *el empleo de todos los medios* que encuentra a su alcance, los más recientes, los más complicados terapéuticamente, los aún no suficientes experimentados, y todo ello sin ponderar la proporción entre cantidad y calidad de los medios empleados y los resultados que se prevé obtener; y por otro la distanasia como conducta que pretende alargar la vida (no la muerte) apoyándose *sólo en el empleo de los medios* tradicionalmente entendidos como proporcionados en las concretas circunstancias, con aplaudida atención a los resultados cuantitativos y cualitativos posibles".⁵⁵

"Según el Dr. González Barón, estaremos ante una distanasia o "*encarecimiento terapéutico*" cuando aplicamos un tratamiento de carácter excepcional del que no puede esperarse ningún beneficio positivo para el paciente".⁵⁶

2.3.3.- Cocotanasia.

El personal sanitario en el desempeño de su trabajo tiene la obligación de no hacer mal al paciente, ya sea por comisión de sus actos. La cocotanasia ha

⁵⁴ HORTELANO, Antonio, Problemas actuales de moral II: La violencia, el amor y la sexualidad. s/e. Editorial Sígueme, Salamanca. 1980. p. 194.

⁵⁵ SANCHEZ JIMENEZ, Enrique. Op. Cit. p. 43.

⁵⁶ GOSÁLEZ BARÓN, M. citado por Sánchez Jiménez, Enrique.

surgido como un neologismo para designar al acto en el que hay mala praxis, habiendo alternativa terapéutica.

2.3.4.- Ortanasia.

Con esta palabra (del griego "orthos" recto, justo, y "thánatos", muerte se ha querido designar la muerte justa, a su tiempo, a 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.

Eugenio Llamas Pombo la define como "la conducta de cesar la aplicación de procedimientos distanásicos. El móvil ha de tener que ver con el sentimiento altruista de compasión y humana solidaridad".⁵⁷

Javier Gafo la interpreta como "la acción que interrumpe la aplicación de medios terapéuticos desproporcionados cuando los resultados defraudan las esperanzas puestas en ellos".⁵⁸

Este término se ha sugerido como sustituto de la palabra "Adistanasia" de acuerdo con las propuestas de Gafo y de Gonzalo Higuera, con lo que podemos delimitar a la Ortanasia como el acto en el cual el enfermo es privado de los métodos terapéuticos extraordinarios que prolongan la vida. Con el fin de producir la muerte.

La ortanasia, estaría moralmente tan lejos de la eutanasia como de la distanasia. Según la ética católica, su creación surge de la necesidad de acudir a un término que designe precisamente la buena muerte, que es lo que se supone que se supone que tendría que significar la eutanasia, y que sin embargo ya no significa, porque en la actualidad hace referencia a la otra realidad mencionada: una forma de homicidio consentido.

Según ésta, cada hombre tiene su hora de morir. Ni acortada con violencia eutanásica, ni prolongada con artificiosidad distanásica. Tiene una hora biológica según sus propias leyes, como comparativamente nos muestra la hora de nacer, aunque no matemáticamente o cronológicamente exactas: imposible señalar de antemano el momento preciso del nacimiento de cada hombre, pero sí que se

⁵⁷ LLAMAS POMBO, Eugenio. La Responsabilidad Civil del Médico. s/c. Editorial Trivium. Madrid.1989. p. 407.

⁵⁸ GAFO, Javier. La Eutanasia. El derecho a una muerte buena s/c. Ediciones Temas de hoy. España. 1991. p. 175.

situará entre los topes de los siete y de los diez meses normalmente, a los nueve meses de la gestación. Por otro lado tiene su hora racional, porque nadie niega al ser humano la capacidad de modificar la hora biológica de la muerte tanto positiva como negativamente, "manipulándola" merced a la lícita utilización de los progresos médicos, quirúrgicos..., aunque nunca hasta extremos incondicionados, sino siempre dentro de los respectivos límites filosófico-morales. Y por último, tiene su hora teológica, que, a los creyentes abiertos a la trascendencia providencial de un Dios-Padre, les recuerda cómo "Todo tiene su hora; todo cuanto hace (o sucede) bajo el sol tiene su hora. Hay tiempo de nacer y tiempo de morir..."

2.4.- ¿Qué es la muerte?

La muerte del hombre como destino final inexorable va más allá del mero proceso biológico, para plantear importantes repercusiones desde los puntos de vista antropológico, moral o filosófico siendo una situación ante la que neutralidad o la indiferencia resulten muy difíciles.

Con diferente significado para los distintos grupos culturales y en las sucesivas épocas de la humanidad, como siempre como un acontecimiento de gran intensidad emocional, la muerte ha atraído el interés de los hombres y les ha obligado a reflexionar sobre ella también sobre la vida.

La transición del "existir" al "no existir" ha provocado aprensiones y dudas. Con frecuencia se le ha visto con temor y se ha tratado de conocerla más a fondo y de ejercer sobre ella algún control; siendo así que en México a la muerte se le hace reverencia y se le festeja, a la vez que se le toma con burla y desdén.

De esta manera la determinación del momento de la muerte ha sido ancestralmente una de las mayores preocupaciones del ser humano.

La muerte puede enfocarse como un momento, un acto, un episodio, pero también como un largo proceso, como el punto final de una cadena de conductas de actitudes. El fallecimiento en los hombre no tiene un sentido unívoco, como puede tenerlo para los ratones y las gallinas, sino análogo. Hay muchos modos diversos de morir; no existe una muerte igual a la otra.

2.4.1.- Concepto de muerte.

Para definir a la muerte nos remitiremos de nueva cuenta al diccionario de la Real Academia, el cual establece:

“MUERTE: (del latín mors; mortis) f. cesación o término de la vida _separación del cuerpo y del alma que es uno de los cuatro novísimos o postrimerías del hombre._ muerte que se causa a otra persona de manera injustificada y con violencia”.

La Enciclopedia soviética define que “la muerte coincide con la detención de la actividad vital del organismo y, en consecuencia, con la destrucción del individuo como sistema viviente autónomo. En un sentido más general. La muerte, es la cesación definitiva de la materia viva, que se acompaña de la descomposición de las albúminas. La muerte sólo puede comprenderse sobre la base a la explicación materialista de la esencia vital del organismo”.

Retomando lo anterior, podemos definir que la muerte en el hombre, es la abolición completa, definitiva e irreversible de las funciones vitales.

Para el doctor Salvador García Téllez, la vida es el resultado del juego de los órganos que concurren en el desarrollo y conservación del sujeto y la muerte es la cesación definitiva de ella.

El problema de definir la muerte partiendo de un conocimiento más profundo de ella, abarca más allá del dilema que ha suscitado el trasplante de órganos, el concepto de muerte requería una reevaluación.

La definición legal de muerte hasta ahora vigente en muchos países, ya no es adecuada. Fue escrita en 1890 y textualmente dice: el cese de la vida; el dejar de existir se define para los médicos como la suspensión de la circulación de la sangre y de las funciones animales y vitales, tales como la respiración, el pulso.⁵⁹

En los Estados Unidos de Norte América los Estados de Kansas y Maryland en un intento por esclarecer esta definición legal, recientemente aprobaron las siguientes leyes que contienen una definición de muerte.

⁵⁹GARCÍA HERRERA, Arturo, Op. Cit. p. 91.

La ley de Kansas, establece lo siguiente:

Definición de muerte: Se concederá muerte médica y legalmente a una persona, si a juicio del médico, quien basa su opinión en las medidas comunes de la clínica médica, no hay respiración espontánea ni función cardíaca y, debido a la enfermedad o a la causa que las ha ocasionado en forma directa o indirecta, o bien por el tiempo que ha transcurrido desde el cese de estas funciones, se considera inútil la práctica de reanimación; y por este hecho se considera que la muerte ha ocurrido en el momento en que las funciones citadas cesaron.

La ley del Estado de Maryland difiere de lo anterior solo en dos pequeñas frases. Del primer párrafo de la ley de Kansas se eliminó: A juicio del médico, y se añadió al segundo párrafo de la ley de Kansas y debido a una enfermedad o condición conocida.

2.4.2.- ¿Qué es la muerte técnica y biológicamente hablando?

La muerte es un estado irreversible para una célula dada, caracterizado por la ausencia de cualquier actividad química, física o eléctrica, necesaria para su funcionamiento. Una célula en tales condiciones está muerta.

Desde el punto de vista exclusivamente técnico, la muerte humana es aquel estado en el cual absolutamente todas las células del cuerpo están muertas. Consecuentemente, hay que estar consiente de que aunque técnicamente se puede definir a la muerte humana como la suspensión total de toda actividad celular; no se puede, de acuerdo a la razón de definirla en la misma forma.

Las funciones vitales como prender la circulación, la respiración y la digestión, aunque en la práctica se les ha limitado a dos: respiración y circulación. De donde, se considera que la gente ha muerto, que la vida ha cesado, cuando el corazón deja de latir y la respiración se suspende definitivamente, aunque algunas células del organismo sigan funcionando. La muerte se debe considerar como una entidad clínica que requiere el reconocimiento de su cuadro clínico.

"El doctor Heifetz propone los siguientes puntos a la consideración de médicos y legisladores esperando les sean de utilidad para formular una adecuada definición de muerte:

- 1) La muerte es un momento preciso dentro de un acontecimiento que prosigue. La muerte humana es ese momento en el que el proceso que lleva a la muerte celular total se manifiesta como inminente e irreversible.
- 2) No se debe aceptar definiciones duales de la muerte. Esto implicaría necesidades duales y motivos ulteriores.
- 3) Los puntos guía establecidos por los comités médicos a fin de establecer el estado de cómo irreversible tienen como finalidad ayudar al médico a formular un diagnóstico de muerte correctamente. Por lo tanto no deberán formar parte de ninguna definición médica o legal de la muerte.
- 4) Nunca se debe tomar en consideración la necesidad de obtener órganos vitales del cuerpo con fines de trasplante, al emitir una definición de muerte.
- 5) La definición de muerte debe ser la misma para la medicina que para la ley. Por último sugiere la siguiente definición de muerte humana para uso médico y legal.

Se puede definir a la muerte como aquel momento y estado en el que la pérdida de la respiración espontánea y del esfuerzo respiratorio, se vuelven irreversibles en una persona que se encuentra en estado de coma irreversible".⁶⁰

2.4.3.- Derecho a una muerte digna.

Los valores, intereses y sufrimientos de las personas afectadas por enfermedades terminales e irreversibles son desconocidos desde el momento mismo en que son tratadas como una abstracción. Aquellos que piden la eutanasia están muy lejos, de lo que se discute en un ateneo médico, la redacción de un medio de comunicación o en la sala de audiencias de un ministro. Hay una dignidad inherente al sufrimiento humano, como realidad concreta, que es necesario considerar. Una dignidad singular, propia de cada persona y escasamente proclive a generalizaciones, que trasciende el final de la vida biológica y nos interpela acerca del derecho a una muerte sin sufrimientos, una muerte digna.

⁶⁰ Ibidem, p. p. 54-56

Es este primer encuadre conceptual donde debe analizarse el problema de la eutanasia.

Es frecuente confundir la eutanasia con otras cuestiones vinculadas al final de la vida, como los cuidados paliativos o el suicidio asistido, pero se diferencia de ellos por cuanto cada problema involucra principios diferentes y diferentes son sus consecuencias morales y jurídicas.

Para definir la eutanasia se requiere:

1. una enfermedad incurable e irreversible.
2. una petición voluntaria, libre y consciente de muerte.
3. una acción deliberada destinada a producirla.
4. un agente que la ejecuta.

La exclusión de cualquiera de los puntos expuestos impide hablar de eutanasia.

Un interrogante previo es ¿existe el derecho a una muerte digna?. En tanto la muerte contribuye a dar sentido a la vida, y por lo tanto parte de ella, también lo será la forma de morir. En otras palabras debemos determinar si se trata de una loable pretensión moral o es posible una positivización jurídica de dicha aspiración.

Algunos autores sostienen que el derecho a una muerte digna es un derecho humano fundamental, por tanto, en caso de colisionar con otras normativas morales o jurídicas adquiere primacía. Otros sostienen que es un principio moral, propio de la autonomía de cada persona y ese es su límite. En cualquiera de los casos ¿Cuales serían los contenidos que definen a la muerte digna de un paciente en situación terminal?. Tentativamente enumeramos:

1. Conocer la verdad, si lo desea, acerca de su diagnóstico, pronóstico o tratamiento.
2. Recibir si así lo dispone todos los tratamientos físicos y psicológicos.
3. Rechazar si así lo dispone todo tipo de tratamientos.
4. Recibir los cuidados necesarios para vivir con el menor padecimiento posible su proceso de enfermedad y muerte.
5. Vivir si así lo dispone en su continente afectivo (familiar comunitario) el proceso de la enfermedad y la muerte.

6. Escoger si así lo dispone el momento y la forma en que se producirá la muerte.

Si bien puede discutirse si todos los puntos expuestos tienen la misma jerarquía, es en el último donde las controversias se intensifican. En suma, se trata de la oposición entre calidad o el sacralizar la vida.

Bonnie Steinbock plantea una aparente objeción contra la eutanasia. Si se fuera a reconocer el derecho a la eutanasia voluntaria, dice tendríamos que convenir que la gente no solo tiene el derecho a ser dejada librada a sus propios medios, sino también el derecho de ser muerta. Cualquier persona que comparta una ideología genuinamente liberal admitirá el derecho de un individuo sobre su propio cuerpo.

El derecho quiere decir, que el derecho de una persona parece implicar la obligación de alguna otra persona determinada o de la sociedad en pleno. Desde el punto de vista moral, si el paciente tiene el derecho moral a morir, el médico tiene la obligación moral de prever a esa muerte.

"Un distinguido médico inglés Lord Deawson, dijo en el año 1936: se ha abierto paso gradualmente en la opinión médica, tanto en la opinión de los legos, el sentimiento de que uno debiera hacer el acto de morir más gentil y más pacífico, incluso si esto implica acortar la duración de la vida. Pensemos que el paciente y el médico coinciden ambos en estas circunstancias de hecho:

- 1) Si el paciente está gravemente enfermo.
- 2) Si su enfermedad es incurable.
- 3) Si el paciente está soportando un gran dolor.
- 4) Si es imposible aliviarle de ese dolor mediante el tratamiento médico.
- 5) Si la mera interrupción del tratamiento para combatir la enfermedad ocasionase una larga y dolorosa agonía.
- 6) Si el paciente es un adulto que está en posesión de sus facultades mentales.
- 7) Si el paciente requiere que el médico ponga término a su vida de forma indolorosa.

Si hay acuerdo sobre estas circunstancias fácticas, y aceptando que los deberes principales consisten en restaurar la salud y aliviar el dolor de los pacientes.

Desde el punto de vista jurídico, la situación es ligeramente complicada. También aquí se puede decir que el paciente podría tener derecho a ser muerte, en un sistema jurídico determinado".⁶¹

Una diferencia importante entre dejar morir y eutanasia es que, aunque la eutanasia toma como uno de sus fundamentos el derecho a morir, incluye además el derecho de a matar.

"El concepto de derecho a morir, incluye el derecho del hombre a determinar por sí mismo el derecho a rehusar tratamiento, el derecho a quedar solo, a aislarse. Estos derechos los puede ejercer el individuo por sí mismo, no impone responsabilidades ni obligaciones a persona alguna ni a la sociedad".⁶²

2.4.4.- Clases de muerte.

No hay nada más difícil que situar el tiempo el tránsito de la vida a la muerte. De hecho, la muerte no se produce en un instante preciso, excepto para el médico, que está obligado a extender un certificado de defunción, autorizando la incineración o la inhumación, y para el médico forense, debe determinar en qué momento dejó de vivir un sujeto, ya que la muerte es un proceso y no un estado. Así nos encontramos con las diversas clases de muerte; como son la natural, aparente, la súbita la violenta, la muerte cerebral y la muerte real.

Muerte natural:

"Es la que se produce sin la intervención de fuerza ajena o hecho extraño al individuo, sin que concurra acto violento de tercero, por procesos propios del organismo.

La muerte natural no tiene otro interés médico-legal que el de extinguir la personalidad jurídica; hecho que se establece con el certificado de defunción y su posterior inscripción en el registro civil. Las enfermedades son la principal causa de este tipo de muerte".⁶³

En esta definición es preciso hacer la observación sobre el que considera que una de las principales causas de muerte natural son las enfermedades y desde mi punto de vista creo que entonces ya no es muerte natural por que anteriormente a esta, existió una enfermedad. Más bien yo pienso que es muerte

⁶¹ FORRELL, MARTÍN, Diego, Op. Cit. p. 110-112.

⁶² GARCÍA HERRERA, Arturo, Op. Cit. p. 35.

⁶³ ACHAVAL, Alfredo, Manual de Medicina Legal, 3ª Edic. Edit. Ave Ieda Perrot, Buenos Aires. 1980. p. 211.

natural como su nombre lo dice por la propia naturaleza que bien puede ser por vejez, paro cardíaco o respiratorio. etc....

Muerte aparente:

"Son un conjunto de cuadros temidos y que deben de descartarse en el plazo de 12 horas, pero que además son raros. El organismo manifiesta mínimamente su funcionamiento y por ello debe caer la temperatura a límites mínimos. El examen continuado, clínico o instrumental, le descartará.

Es de frecuencia mayor en las epidemias, en los accidentes masivos y aún individuales, en las agresiones o intoxicaciones masivas, accidentes eléctricos, de congelación y asfícticos".⁶⁴

La muerte aparente puede simular la muerte real y dar por lo tanto, a lamentables errores. Es bien conocido el estado denominado catalepsia, que simula la muerte hasta el punto, de enterrar a una persona en este estado, ya que por horas o por días la persona en estado cataléptico permanece insensible, inmóvil, haciendo creer en la completa extinción de la vida.

Muerte súbita:

"Es aquella muerte imprevista, apareciendo de causa natural, pero de patología desconocida, habitualmente rápida, que puede ser en todo caso, sospechosa de haber tenido eventualmente una causa violenta".⁶⁵

Quiroz Alfonso nos dice que; "siendo la muerte súbita, rápida e inesperada, y presentándose en un estado de salud aparente normal y sin que exista una causa exterior manifiesta, ni mecánica, biológica o tóxica, es necesario un estudio minucioso que nos aclare a que se debió, pues para la medicina forense y para la práctica general de la medicina, esta muerte es siempre sospechosa o enigmática. Este podría ser el caso del fallecimiento del Papa Juan Pablo I, ocurrido el 28 de septiembre de 1978 y que originó rumores desalentadores".⁶⁶

Este tipo de muerte también denominada muerte sospechosa o visita de Dios, se caracteriza por presentarse en forma repentina en un individuo sin importar su edad, aparentemente sano y sin ninguna huella de lesión.

⁶⁴ Ibidem. p. 213

⁶⁵ OLIVERA SA Y CONCHERO, Citados por CALABUIG J. A Gisbert Op. Cit. p. 192

⁶⁶ QUIROZ CUARON, Alfonso, Medicina Forense. 6ª. Edic. Editorial Porrúa. México. 1990. p. 505.

Muerte violenta:

La muerte violenta es "aquella que, presentándose más o menos rápidamente, tiene como causa manifiesta un agente externo. Desde el punto de vista médico-forense; tres son los tipos de muerte violentas que tienen relevancia: las criminales, las suicidas y las accidentales; cada uno de estos tres grupos plantea problemas médicos de interés".⁶⁷

La capacidad de asimilación de la muerte violenta por parte de nuestra sociedad ha sido asombrosa; las predicciones sobre los accidentes fatales en carretera o en lugares de trabajo son hechos cotidianamente aceptados. Los medios masivos de comunicación ofrecen unos fríos datos estadísticos desprovistos de cualquier rasgo humano de los sujetos fallecidos, quienes se convierten en un número más.

La muerte violenta desde la perspectiva jurídica es más amplia de lo que pudiera pensarse. Comprende aquellos casos en que su mecanismo es claro y evidente; ya sea físico, mecánico o químico que producen la muerte de un modo rápido como los accidentes de tráfico, caídas precipitosas, ahorcaduras, sumersiones, muertes por electricidad, arma blanca o de fuego, además esta también el suicidio.

Muerte cerebral:

Algunas condiciones médicas, derivadas del avance tecnológico, han sido tierra fértil para pensar en la eutanasia la muerte cerebral es un ejemplo. Estas polémicas se iniciaron hace treinta años y aún no finalizan. Cuando los trasplantes empezaron a ser realidad, resultó urgente profundizar en los criterios de muerte cerebral. La razón es obvia: se requerían órganos indemnes. En el caso de los trasplantes renales esto podía hacerse con facilidad, ya que donar un riñón no modifica la vida del donador. En cambio, con otros órganos esto era moralmente imposible o incompatible con la vida. Sería el caso de donar una cornea y perder un ojo.

Hay pacientes que permanecen en muerte cerebral por meses e incluso años. No hay consentimiento en cuanto a las actitudes que deben adoptarse con estos enfermos. Por ejemplo ¿debe apoyárseles indefinidamente con vida artificial?

⁶⁷ Ídem.

A partir de la necesidad de conseguir órganos para trasplantes germinó la idea de definir muerte cerebral.

¿Cómo se define la muerte cerebral? Lo más importante es destacar: que el enfermo haya ingerido sedantes u otras drogas, que no sufra colapso cardiovascular, que no tenga hipotermia y que no padezca lesiones cerebrales remediables. Eliminando lo anterior. Los criterios son:

- 1) "Ausencia de respuesta cerebral (coma profundo),
- 2) Apnea (falta de respiración),
- 3) Carencia de actividad cerebral demostrada por el electroencefalograma,
- 4) Pupilas dilatadas,
- 5) Inexistencia de reflejos cefálicos (pupilares, auditivos)".⁶⁸

La suma de los criterios anteriores confirma el diagnóstico.

La muerte cerebral compromete. Cuando se trata de un ser querido, es semilla para la reflexión. Afloran inquietudes como los tratamientos en vida, los límites de la existencia y el lugar de la eutanasia.

Muerte real:

Desde el punto de vista médico-legal: La muerte es la abolición total, irreversible y permanente de las funciones vitales que caracterizan la vida (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, pulso, temperatura, tensión arterial), constituyen un verdadero estado de muerte real.

Cabe señalar que la abolición funcional, al momento de presentarse la muerte real, no es completa, pues la muerte del organismo en general, no coincide con la muerte de todas las células que la componen, por lo tanto tampoco con todas y cada una de sus funciones. Por ejemplo, las funciones glucogénicas y uropoyéticas del hígado, persisten aún durante varias horas después de la muerte.

Las que desaparecen primero, en la muerte, son aquellas que se refieren a la vida en relación con el organismo en cuestión. En general todas las funciones de la esfera nerviosa son las primeras en abolirse, siguiéndole las funciones referentes al aparato respiratorio.

⁶⁸ KRAUZ, Arnoldo, Asunción Álvarez. Op. Cit. p. 34-35.

Los signos inmediatos de muerte real, también llamados signos cadavéricos de valor relativo porque no son determinantes para considerar que una persona está muerta, son los siguientes:

- 1.- La abolición funcional del sistema nervioso (no hay funciones cognoscitivas, instintivas-sensitivas, afectividad, motilidad, etc.).
- 2.- Paro funcional respiratorio y,
- 3.- Paro funcional circulatorio.

Siendo los signos cadavéricos de valor absoluto, (que son manifestaciones físicas, químicas y microbianas que confirman definitivamente la muerte) los siguientes:

- 1.- Enfriamiento general del cuerpo. Es un fenómeno espontáneo de orden físico que consiste en la pérdida de temperatura del cadáver.
- 2.- Rigidez cadavérica. Es uno de los fenómenos más característicos durante el cual los músculos se ponen rígidos y tensos.
- 3.- Livideces cadavéricas. Son signos que van a indicar con toda seguridad si se trata de un caso de muerte real; es un fenómeno durante el cual al acumularse la sangre en las partes declives del cadáver, debido a la gravedad, se van a formar unas manchas de color violáceo.
- 4.- Putrefacción. Conjunto de cambios químicos y físicos que sufre la materia orgánica, en este caso el cadáver, bajo ciertas condiciones de temperatura, humedad y aire influyendo también la acción microbiana.

2.4.5.-Actitudes ante la muerte.

La muerte forma 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.

Hace unos años, el ministro de Sanidad francés encargó a un grupo de especialistas, la elaboración de un informe sobre las relaciones entre el médico y la muerte. El informe elaborado se encontraba sobre todo en dos cuestiones:

¿Cuál es el lugar de la muerte en nuestra civilización? ¿Hay que disimular la muerte?

Las conclusiones del informe parten de una constatación fundamental: el confrontación con la muerte suscita en nosotros angustia porque nos enfrentamos con nuestra propia muerte. Esta ansiedad aparece en casi todas las personas consultadas cuya profesión les pone en contacto con moribundos.

Una primera conclusión del informe es muy clara: no se debe escamotear la muerte. Hay que evitar "a toda costa ocultar la muerte, hay que devolverle su lugar en la vida". "Como el nacimiento, la muerte forma parte de los acontecimientos naturales". Se reconoce que los medios de comunicación de masas fomentan una "representación ficticia de la muerte". Por el contrario, "la aceptación de la muerte y su reinsertión natural en la vida social facilitan la formación social de todos los que deben afrontarla. Esta tarea no es fácil; volver a reintroducir la muerte en la vida social es obra de larga duración, pues se opone a tendencias muy arraigadas".

Es sencillo afirmar que la muerte debe ser algo tan natural como el nacer, el amar o crecer, pero mientras se conciba la muerte como la total y absoluta negación de la vida, como una instancia carente de significado es muy difícil que la muerte vuelva a introducirse en nuestra cultura y podamos acallar nuestras angustias frente a ella. La religión ha significado indiscutiblemente, un factor determinante en la inserción de la muerte en nuestra cultura. Sin duda la aceptación y el reconocimiento de la propia muerte contribuirían de forma decisiva para que nuestra relación con los enfermos y los moribundos fuese más positiva y humana.

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

"Según Norbert Elías, los hombres presentan básicamente tres actitudes en respuesta al hecho de que toda vida tiene fin: 1) mitologizar, 2) negarla, y 3) mirar de frente.

1. *Mitologizar*. En cuanto a esta actitud, Elías las religiones que explican lo más misterioso e intolerable para el ser humano: ¿cómo surge la vida?, ¿qué pasa después de la muerte? Es un gran consuelo creer que la

“verdadera” vida comienza con la muerte o que volveremos a ver a los seres queridos ya fallecidos. La religión permite dar un lugar a la muerte porque no la considera definitiva.

2. *Negar*. Ésta es una manera lógica de comportarse ante una realidad difícil de aceptar. Sería imposible vivir si todo el tiempo estuviéramos consientes de que moriremos. No pensar en ello tiene ventajas; el problema es caer en el extremo de actuar como si la muerte no existiera, porque cuando ésta se presente nadie sabe cómo responder, qué decir, cómo ayudar.
3. *mirar de frente*. Puede aceptarse la muerte como destino si se reúnen ciertas condiciones personales y sociales. Aun cuando han surgido abundantes libros, hoy, ésta es la actitud menos representativa. Tal parece que se quiere ver de frente la muerte, lo que puede entenderse como reacción al ocultamiento que antes se impuso sobre ella. Pero las voces que hablan de ella son insuficientes. El silencio que sigue imperando en la cotidianidad lo resienten, sobre todo, quienes están por morir y los que pierden a seres queridos⁶⁹.

Por eso es obligado preguntarnos dónde quedaron los recursos de otros tiempos que daban un lugar a la muerte y aminoraban el dolor y la angustia que genera.

El apoyo social que tanto ayudaba a superar el dolor de la muerte, hoy casi ha desaparecido en las sociedades desarrolladas. En su lugar está el silencio que impide las palabras reconfortantes que hacen de la muerte un acontecimiento menos terrible. Deberíamos recuperar ese recurso... tan a la mano...

2.5.- Problemática social que provoca la eutanasia en México, en diversos aspectos.

El problema que trae consigo la práctica o no de la eutanasia, no sólo interesa al paciente terminal y al médico, si no que va más allá, afectando a la familia del desahuciado, a sus amigos y a todas las personas que lo rodean. Al hablar de la familia cabe recordar que ésta es la base de la sociedad, es el núcleo social, por lo tanto el problema atañe a la sociedad en general.

De todos los procesos biológicos que constituyen la vida del hombre, sólo hay uno común a todos sin excepción, es la muerte; tan universal y tan inexorable

⁶⁹ *Ibidem*, p. 14-15.

que, paradójicamente sin ella, no habría vida; es un paso obligado que el hombre de todos los tiempos ha visto con temor, en todos es habitual, es humano el temor de morir.

Pero ocurre que no sólo se le teme a la muerte propia, sino, también a la de los seres queridos; ese acompañar a la familia o al amigo durante su enfermedad, tal vez sabiendo ya su triste y corto destino; quien puede describir esa horrible sensación de saber que tal vez hoy, quizás mañana o hasta la semana que entra morirá nuestro familiar. Sobre todo cuando llega al término de un largo padecimiento que ha permitido ver que el fin se va acercando, y que se han agotado ya todos los recursos médicos; vencidas las resistencias del enfermo, hay recursos técnicos que permiten mantener la vida del paciente por días, semanas o por meses, y en ocasiones por años, casi a voluntad, sosteniendo paralelamente el sufrimiento agobiador de los familiares.

Por lo que respecta a si deciden aplicar la eutanasia, nuestra sociedad aún no está preparada para eso y serán seguramente señalados por todos, más de uno le retirará su amistad y tal vez hasta el saludo, la mayoría los criticará severamente y no pensarán nunca en los motivos que los llevaron a tomar tal decisión, no comprenderán por la simple y sencilla razón de que no lo vivieron.

Las enfermedades pueden ser termómetro y juez del funcionamiento de la sociedad. Testigos salientes han sido la tuberculosis y la plaga. En el contexto de las enfermedades como "mal social" las epidemias —enfermedades con capacidad de diseminarse con rapidez, que en ocasiones provocan alta mortalidad— son materia obligada de reflexión.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida —sida— ha sido la enfermedad que más huellas ha dejado. No sólo por su capacidad de matar o por su alarmante diseminación en 1997, cada día se contagiaban entre 6 000 y 7 000 personas-, sino por sus connotaciones morales. Es difícil aseverarlo, pero parece probable que el sida sea el mal por medio del cual se haya estigmatizado el mayor número de seres.

Lo anterior ha sido razón suficiente para que los enfermos de sida consideren la eutanasia como alternativa e incluso como sendero para dignificar la memoria de su vida *¿puede el último acto, resarcir la existencia previa y darle valor?*

En la actualidad, algunos casos han suscitado fuertes debates, tanto públicos como médicos ofrecemos algunos ejemplos:

"La historia de Karen Quinlan divulgo las vicisitudes vinculadas con expresiones tales como paciente terminal, derecho a morir, muerte cerebral y eutanasia. Quinlan era una joven de veintiún años que en 1975, tras ingerir drogas y alcohol, cayó en un coma profundo. Sus padres solicitaron que se le retirara el respirador, situación a la que se opusieron sus médicos, quienes argüían que tal acto equivaldría a homicidio. Debido a que varias requisiciones ante la corte estatal fueron infructuosas. Los padres acudieron a la Suprema Corte de Justicia de la Nación de Nueva Jersey, instancia que finalmente dispuso que se retirara dicho respirador. La paciente permaneció en coma y falleció diez años después. Su caso es crítico, ya que abrió las puertas para establecer las directrices médico-legales para el cuidado de este tipo de enfermos. Sirvió de aliciente para que algunos grupos de la sociedad tomaran conciencia de su propia muerte".⁷⁰

El caso del bebé K ilustra una posición opuesta: se le diagnosticó anencefalia desde los primeros meses del embarazo. Su madre, a pesar de los consejos del neonatólogo, continuó la gestación. A partir de su nacimiento, ocurrido en 1972, el bebé K fue entubado. Los médicos instaron a la madre a interrumpir tal procedimiento, ya que no contribuía a ningún tipo de propósito, ni terapia ni paliativo. Debido a la insistencia de ella de mantenerlo vivo, y después de varias reuniones de profesionistas, religiosos y familiares, el caso llegó a la corte. El juez dictaminó a favor de la madre arguyendo que "retirar el respirador del bebé K permitiría a los hospitales negar tratamiento de emergencia a numerosos pacientes, tales como accidentados, aquellos con cáncer terminal o sida, con el argumento de que inevitablemente perecerían."⁷¹

"Ejemplo diferente es el de Rudy Linares, pintor de veintitrés años. En 1989, en varias ocasiones había tratado de persuadir a los médicos para que dejaran fallecer a su bebé, quien llevaba ocho meses conectado a un respirador. Al no conseguirlo, decidió desconectarlo él mismo. Amenazo con una pistola a enfermeras y personal de guardia y "liberó" a su hijo. Lo arrulló media hora hasta que falleció, después de lo cual dejó el arma y se entregó. De acuerdo con reglas tradicionales, actuó contra la ley y contra la ética que protege la santidad de la vida humana".⁷²

Estos casos ilustran actitudes distintas de las opiniones médica y pública. Esquematizan, además, razones no sólo difíciles de conciliar, sino imposibles de analizar conforme a una misma lógica. En este contexto, es oportuno destacar que

⁷⁰ KRAUS, Arnoldo y Álvarez Asunción, Op. Cit. p. 12.

⁷¹ *Ibidem*. p. 13

⁷² *Ídem*.

la eutanasia subraya la obligación de respetar la autonomía del paciente o de la familia para recibir no tratamiento.

La perpetuación indeseable de la vida debido a los avances de la tecnología puede ser carga insostenible para enfermos y familiares. Las muertes "prolongadas" suelen dejar un triste recuerdo a los vivos y evitar que enfermos y allegados se despidan con decoro.

Lo óptimo es que familiares y desahuciados decidan como confrontar los últimos días de su vida.

2.5.1.- Aspecto familiar.

Al reflexionar sobre el paciente terminal, no se puede pensar nada más en él, como alguien solo e independiente, sino que siempre o en la mayoría de los casos cuenta con una familia grande o chica, unida o no, pero una familia al fin, y en el peor de los casos un grupo de amigos que sustituyen a esa familia de la cual carecen, y que se preocupan por ellos y los quieren como tal.

Así que al tener el médico el diagnóstico del paciente y saber que padece una enfermedad crónica del orden de las incurables, por costumbre, a quien primero se le comunica es a la familia y ya de acuerdo con ella, se le hará saber posteriormente al paciente su verdadero estado de salud.

Al tener la familia conocimiento del diagnóstico, ésta experimenta una serie de cambios en sus conductas y actitudes, mismas que ocurren simultáneamente a nivel individual t familiar, ya que al principio sufren el shock lógico del impacto de la mala noticia, después pasan de la incredulidad a la rebeldía, posteriormente a la aceptación, y en algunos casos a la resignación.

¿Quién podría hablar de lo que siente y sufre un padre o una madre ante el deprimente y terrible espectáculo que ofrece el que alguno de sus hijos desahuciado, lo mantengan oxigenado para evitar la asfixia o que lo alimenten intravenosamente para evitar que caiga en la debilidad, o que mantengan su circulación para que se sobreponga al shock?.

Y en los casos de descerebración, cuando el control de las funciones orgánicas se ha perdido por muerte cerebral manteniendo la respiración, circulación y la nutrición de forma biológica con artificios de la nueva tecnología, ya sea por meses o años; ¿hasta que punto la familia sufre y puede o debe ayudar al enfermo terminal.

Entre los aspectos familiares más importantes en los que resulta afectada se encuentran, el trato afectivo y las atenciones que en adelante requerirá el enfermo, el trato con él ha de ser distinto en cuanto a bromas, juegos, pláticas etc., la forma de tomarlo en cuenta para la vida social de la familia, que también cambiará, en general la interrelación entre los parientes varía, no es el mismo al que están acostumbrados, e ocasiones se une más la familia y en otras se disgrega, se vuelven irritables y a veces agresivos; las repercusiones familiares llegan al extremo de ser tan fuerte que la vida en familia cambia radicalmente. Y si esto no se sabe manejar adecuadamente puede afectar aún más al paciente terminal que la misma enfermedad, pues en su estado las relaciones afectivas son muy importantes y vitales para soportar los malestares físicos, psíquicos y esperar el fin con cierta serenidad.

En concreto, si todos estos problemas, se dan con la sola noticia de la enfermedad y la convivencia diaria con el enfermo, resultan aún más graves y de mayores dimensiones con referencia a la aplicación de la eutanasia, trátase de la pasiva o de la activa, ya que rara vez todos los parientes están de acuerdo en la decisión que tome la mayoría; mientras unos deciden que deje de sufrir de una vez o que no tiene caso que aunque no sufra, esté inconsciente sin poder hacer una vida normal, y piden se le aplique la eutanasia activa, otros se oponen diciendo que es un asesinato, y, aún tratándose de un descerebrado o en estado de coma irreversible, tampoco todos opinarán a favor, ni en este caso que se trata de eutanasia pasiva, se trata de que el paciente muera de forma natural sin artificios técnicos que prolonguen la agonía, pues no todos lo entenderán así; y habrá seguramente más de uno que quiera que se le prolongue la "vida" hasta lo último, en un sentimiento un tanto egoísta de no querer perder al paciente para siempre.

Y es aquí, en estas discordancias y diferencias de opiniones donde surgen los mayores problemas y en donde las repercusiones familiares entran en apogeo ya que los cambios sociales son más radicales, violentos y sorpresivos llevando a las relaciones familiares a un desequilibrio total el cual se debe manejar con la madurez psicológica, social, y cultural que requiera el problema.

2.6.2.- Aspecto médico.

Áspero y patético, es el problema de la eutanasia, interesa y concierne no sólo a médicos y juristas, sino también a sociólogos, Psicólogos y teólogos; por lo

que me atrevo a llamar a la eutanasia "problema", porque el tema se presenta en las más diversas opiniones, unas a favor, otras en contra, sin faltar las acomodadizas que vendrían a ser las que la aceptan en ciertos casos o las que justifican la eutanasia pasiva u ortanasia.

Pero el principal motivo por el cual tratamos el aspecto médico de la eutanasia, es son precisamente los médicos los que primero se enfrentan al problema, ya que conocen antes que nadie el diagnóstico del paciente, saben de su pronóstico y se enfrentan al grave cuestionamiento sobre si harán del conocimiento del paciente estos dos puntos; en otras palabras si creen conveniente el enterarlo de que padece una enfermedad incurable y lo próximo que pede estar su fin.

La idea de que la muerte no es sólo de quien muere, sino del entorno humano que vivió los días antes del fin, depende de los vínculos generados previamente. Enfermo-médico-familia (y amistades) deben allanar los sinsabores actuales del morir y reconstruir el mundo del enfermo terminal.

Ante el avance implacable de la enfermedad, la presencia del médico debe facilitar el encuentro con la muerte.

Al final del siglo pasado, algunos médicos escribieron sobre el suicidio y el paciente moribundo. Defendían que todo paciente debe morir "bien" y que su doctor debe facilitarle la muerte, aún si esto implica acelerarla. La eutanasia -proclamaban- no debería considerarse ilegal. A principios del presente siglo alegaban que la eutanasia es una puerta que permitía terminar de manera indistinta con la vida de personas cuyas condiciones eran por completo diferentes. No era igual poner fin a la existencia de un paciente terminal, agobiado por el dolor y el sufrimiento, que a la de un individuo con deficiencias físicas o mentales, convertido en una carga para los suyos.

El debate sobre la legitimidad de la eutanasia persiste entre los médicos, para algunos legalizarla significa degradar su profesión y traicionar la confianza de la población. Para otros, impedir la práctica de la eutanasia significa lo mismo, porque implica ignorar las últimas necesidades de los pacientes.⁷³

La medicina de los hospitales parece haber fallado en su misión original y esencial de combatir el dolor; no alivia a muchísimos enfermos graves, si bien les

⁷³KRAUZ, Arnaldo, Asunción Álvarez. Op. Cit. p. 10-11.

alarga la vida y los sufrimientos, y parece haberse orientado más a la cantidad, descuidando la calidad de vida.

Se ha distorsionado un poco o un mucho el concepto mismo de "médico" y "medicina". El verbo latino *mederi* significaba, alegrar, aliviar, remediar; pero ahora se le enfoca más a prolongar la vida que a disminuir las molestias y el sufrimiento. (*Aliviare* deriva de *levis*=leve, ligero, ágil, dulce, fácil).

Las instituciones de salud. Como hospitales y clínicas, se manejan como empresas y los médicos como profesionistas en un mundo mercantilista y competitivo a más no poder. Además los galenos tienen una familia que mantener en este mundo competitivo y consumista.

"Donde antes imperaba el servicio, hoy con frecuencia impera el negocio; donde imperaba la relación humana y humanitaria, campea hoy la tecnología. Parece que dicha tecnología tiende a hacer de la muerte algo no natural".⁷⁴

⁷⁴ RODRIGUEZ ESTRADA, Mauro, ¿eutanasia o autanasia? Por una muerte digna. Editorial. El manual moderno. S. A., de C. V. 1996. p. p. 37-38.

CAPITULO III. REGULACION JURIDICA ACTUAL.

3.1.- La Eutanasia y el Derecho Comparado.

La vida, el derecho a la existencia y a la presencia en el mundo, es indudablemente el primero de los derechos fundamentales, así como el substrato o punto de partida para el disfrute de las libertades añadidas por la civilización. Estas exigencias, por regla general, tienen cobijo y reconocimiento en diversas constituciones y convenios internacionales.

En el derecho nacional e internacional; para poder contemplar el tema tendremos que trasladar nuestra observación al campo del Derecho; así tenemos que:

Desde el punto de vista doctrinal, ha sido Jiménez de Asúa, en su libro titulado "libertad de amar y derecho a morir", el que con mayor acierto ha enfocado, aunque no resuelto del todo, la cuestión; desde una postura negativista de la eutanasia, estudia, el que fuera catedrático de Derecho Penal, las posibilidades teóricas de la exculpación, negándolas rotundamente, ya que en la eutanasia—dice—hay antijuridicidad y culpabilidad, por lo que no cabe ni la exención penal ni la impunidad que supondría una legalización despenalizadora.

Para Jiménez de Asúa—es importante destacar su posición ante el problema, por su encuadramiento ideológico bien conocido y en línea con la situación oficial del momento—, no caben más opciones que las siguientes: apreciación, por razón del móvil, de una atenuante en el llamado homicidio por piedad; la tipificación en el Código Penal de un delito nuevo con tratamiento diferente al del homicidio, y la posibilidad del perdón judicial, que actuaría, en ciertos casos, al modo de una indulgencia plenaria.

En el Derecho comparado se observa una perplejidad sobre el tema, que abarca desde el silencio sobre la eutanasia a la exención de pena cuando la muerte se causa por compasión y a petición de la víctima (art. 143, ya derogado, del Código Penal soviético, de 1922) Algún Código, como el noruego, en su art. 235, arbitra una pena menor para la eutanasia, y los códigos penales de Perú, de 1924 (art. 157), de Colombia, de 1936 (art. 364), y de Uruguay, de 1938 (art. 37), se acogieron a la doctrina del perdón judicial.

En el cantón de Zurich, en suiza, se celebró un referéndum el 27 de septiembre de 1977 a fin de legalizar la eutanasia. El referéndum tuvo éxito, pero fue rechazado por el Consejo Nacional federal el 6 de marzo de 1979. En Inglaterra los proyectos legalizadores de 1936 y 1939 no prosperaron.

En Estados Unidos, el de California —y luego otros siete Estados— aprobó, para entrar en vigor el 1 de enero de 1977, el «Natural Death Act». Esta ley, con criterio ortodoxo, distingue la eutanasia activa y pasiva, prohibiendo ambas, ya que incluso en la pasiva se produciría la muerte por falta del tratamiento adecuado, de la ortotanasia, que permite, al «autorizar a los médicos la no aplicación o suspensión de la técnica reanimatoria a los pacientes adultos afectados por una enfermedad en fase terminal, con tal de que lo haya pedido por escrito».

La campaña pro legalización de la eutanasia occisita continúa, sin embargo, y a esa «temida legalización» hizo referencia Juan Pablo II el 22 de enero de 1976. Ya Enrico Ferri, en la obra que antes citamos, «homicidio-suicidio», decía que «el que da muerte a otro por motivos altruistas o piadosos no debe ser considerado como delincuente», y en Inglaterra y en los Estados Unidos se halla en plena actividad la Voluntary Euthanasia Legislation society.

Lo más incisivo, por la calidad de sus firmantes, tres premios Nobel: George Thomson (físico), Linus Pauling (químico) y Jacques Monod (biólogo), y otras 37 personas más, fue el manifiesto publicado en «The Humanist», de julio de 1974, en el que se dice: «Es necesario suministrar los medios para morir digna y fácilmente a los que padecen una enfermedad incurable».

En España, Radio Cadena dedicó, el 14 de noviembre de 1983, uno de sus programas (comentado en «El Pasionario», febrero de 1984) a mentalizar a la opinión pública a favor de la eutanasia. También se ha constituido, y ha enviado propaganda a domicilio, una asociación, en anagrama DMD, es decir, para el reconocimiento del «derecho a morir dignamente». Por su parte, la «Carta de los derechos y deberes del paciente», en su punto 14, parece dar pie a la práctica de la eutanasia occisita, aunque se ha desmentido su alcance, afirmando que el derecho a una muerte digna no es más que el reconocimiento explícito de la voluntad del paciente para ser dada de alto en el hospital y morir en casa.

Desde el punto de vista del Derecho constituido, la eutanasia no está prevista en el Código Penal vigente y queda subsumida en el homicidio o ayuda al suicidio, con la atenuante «obrar por motivos morales (o) altruistas... de notoria importancia». Desde el punto de vista del Derecho constituyente, según la información que nos llega, los catedráticos Gimbernat y Quintero han preparado

un borrador de nuevo Código Penal, en el que se legaliza, despenalizándolo, el mere auxilio para suicidarse.

Se puede equiparar en tres sistemas los criterios seguidos por la legislación extranjera con respecto a la eutanasia:

- 1.- Eutanasia considerada como un homicidio común (criterio de severidad), este sistema es visto en países como Francia, Argentina, Inglaterra, entre otros.
- 2.- Como figura delictiva atenuada por el móvil (criterio atenuante), este es adoptado por: Austria, Italia, Cuba y algunos más.
- 3.- Como no constitutiva del delito (criterio de impunidad).

En cuanto al primer criterio se considera que el homicidio eutanásico no ha sido contemplado como una figura jurídica en especial.

En relación al segundo criterio, las condiciones personales del culpable, los móviles de conducta, a los que tanta importancia asigna el Derecho Penal moderno para la injusta imposición de la pena, obligan a considerar este homicidio como una figura privilegiada, no reprimible con la misma severidad que si se tratase de un homicidio común.

En lo referente al tercer criterio las legislaciones que declaran impune la muerte eutanásica, ya sea por que la consideran una causa de justificación, de inculpabilidad o una excusa absolutoria, encuentran su base jurídica en el consentimiento de la víctima, o en la naturaleza del móvil que guía al agente o en el reconocimiento del fin, por parte del Estado.

3.2.- Algunos Países que regula la Eutanasia en la actualidad.

El tema de la eutanasia y sus implicaciones jurídico penales han sido objeto de preocupación en todo el mundo, sin embargo en ningún país se le ha regulado de manera directa y específica. No obstante a ello existen otras conductas con las que se le ha relacionado, tales como la inducción al suicidio, la ayuda al suicidio y el homicidio consentido, que sí están tipificadas, en países con penas atenuadas, y en otros, incluso hasta se otorga el perdón judicial, aunque sin reconocer que ésta circunstancia se debe a la licitud de la conducta eutanásica.

El problema de la eutanasia es mundial y no exclusivo de un lugar o región determinados, es importante ver como otros países han adoptado diferentes conductas ante el caso: unos legislando a favor, basándose en los móviles de piedad y compasión; otros tomando en cuenta el consentimiento del sujeto pasivo; algunos más ignoran la voluntad de la víctima; y por último hay quienes tratando de ignorar el problema no legislan al respecto, y los jueces encuadran la conducta dentro del homicidio simple o del auxilio al suicidio.

3.2.1.- Colombia.

El Código Penal colombiano de 1936 también faculta al juez para que en caso de homicidio piadoso perdone (perdón judicial), entre otras figuras consignadas en la parte especial de este Código. El fundamento legal de esta facultad se encuentra en el artículo 364 del Código ya señalado. Dicho artículo menciona:

“ 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 aún aplicarse el perdón judicial.”⁷⁵

3.2.2.- Argentina.

En 1937, surgió en Argentina un Proyecto de Código Penal que atenuaba la pena de los delitos de homicidio simple, parricidio, filicidio y conyugicidio. Dicho Proyecto fue redactado por los profesores Eusebio Gómez y Jorge E. Coll, de la siguiente forma:

“ Art. 117. En los casos previstos en el artículo 115 (homicidio simple) y en los dos primeros incisos del artículo 116 los cuales hacen su referencia de la siguiente manera:

1. (parricidio, filicidio, conyugicidio) se impondrá prisión de uno a seis años...
2. Al que lo cometiere movido por un sentimiento de piedad ante el dolor físico de la víctima, si fuera intolerable y las circunstancias evidenciaren la inutilidad de todo auxilio para salvar la vida del sufriente’ ”⁷⁶

⁷⁵ JIMÉNEZ DE ASÚA, Luis. Ob. Cit. p. 379.

⁷⁶ Ibidem, p. 380

El 25 de septiembre de 1941 fue presentado a la Cámara de Diputados un Proyecto de Código Penal argentino que, al igual que otros proyectos, regulaba la aplicación del perdón por parte del Juez en casos excepcionales de homicidio piadoso. Este Proyecto fue presentado por José Peco. En el párrafo tercero del artículo 114 que lleva por título el de "*Homicidio-suicidio*", se establece lo siguiente:

"Si el autor obrare por móviles piadosos y en caso de consentimiento mediante instancias apremiantes del interesado, la sanción será de uno a tres años de prisión. "

El mismo José Peco, al explicar la naturaleza y funcionamiento del perdón judicial, en la exposición de motivos, señala: "La falta de peligrosidad descansa en la levedad del delito aunada a la calidad noble del motivo, o en delitos objetivamente graves cometidos por delincuentes emocionales, como algunos casos raros de homicidio piadosos..., etc."

Y al establecer el art. 114, referente al "homicidio –suicidio" por móviles piadosos, escribe: "En el Proyecto se establece una sanción extra extraordinariamente atenuada, teniendo en cuenta que obra en la zona de la antijudicialidad, aunque con móviles altruistas, sin perjuicio de que la cordura judicial pueda otorgar el perdón".⁷⁷

3.2.3.- Cuba.

El Código de defensa social de Cuba del año de 1936, después de señalar en su apartado A del artículo 437, el auxilio y la inducción al suicidio, así como los casos en que el propio inductor o auxiliador, ejecutaren la muerte, contempla en el apartado B lo siguiente:

"En los casos del apartado anterior, los tribunales, apreciando las condiciones personales del culpable, los móviles de piedad o compasión de su conducta y las circunstancias del hecho podrán, a su prudente arbitrio, señalar una sanción inferior a la de seis años que fijara dicho precepto, pero en ningún caso inferior a un año."⁷⁸

⁷⁷ Ibidem, p. 379.

⁷⁸ Ídem.

3.2.4.- Brasil.

El Proyecto de Código Penal Brasileño de 1928 estableció el motivo piadoso como una circunstancia atenuante en los casos de homicidio por compasión, señalaba así en la Parte General del Código:

"Art. 130 IV. Cuando cedió a la piedad provocada por la situación irremediable de sufrimiento en que se encontraba la víctima y a sus súplicas."⁷⁹

El vigente Código Penal de Brasil (el de 1940) mantiene el régimen atenuante, pero ya no trata este tema en la Parte General, sino al legislar sobre delitos en especie:

"Art. 121...1. Si el agente comete el crimen impelido por motivos de relevante valor social o moral..., el juez puede reducir la pena de un sexto a un tercio."⁸⁰

3.2.5.- Estados Unidos.

Aunque en este país existen posturas que defienden la eutanasia, los bioeticistas, los sanitarios y los ciudadanos norteamericanos parecen estar más reuantes a aceptarla. Por el contrario, hay más inclinación a la aprobación del suicidio asistido.

Es probable que las tendencias favorables a la aceptación del suicidio asistido sea porque en éste, el paciente parece actuar por sí mismo y para sí mismo, con plena expresión de su autonomía, lo cual consideran no sucede en la eutanasia directa y voluntaria. Además de que a esta circunstancia hay que añadirle la vinculación que esta sociedad hace de la eutanasia a la Alemania nazi.

En 1973, la Asociación de Hospitales de Estados Unidos publicó la **Carta de los derechos de los enfermos**, uno de los cuales es el derecho a morir con dignidad.

Es un paso significativo, pero mientras no se precise más tal derecho, nos quedaremos en el terreno de lo vago.

En la misma Unión Americana la mayoría de los Estados admiten ya la Living Will, o sea la disposición del tratamiento que se desea en la etapa final. Es otro paso en el camino de la progresiva consideración a los deseos y decisiones de los enfermos terminales.

⁷⁹ Ibidem, p. 381.

⁸⁰ Idem.

"En 1981 un tribunal de Róterdam dictaminó 10 requisitos para no penar la ayuda positiva a morir hacia un enfermo grave que la solicita (nuestra eutanasia).

1. En caso de sufrimientos físicos y psíquicos insoportables para el paciente.
2. El sufrimiento y el deseo de morir deben ser duraderos (es decir no pasajeros).
3. La decisión de morir debe corresponder a la decisión voluntaria de un paciente bien informado.
4. La persona en cuestión debe tener un concepto claro y preciso de su condición, así como de otras posibilidades (esto es, que debe conocer los resultados de los diferentes tratamientos, o de la ausencia de los mismos), y debe ser capaz de evaluar estas alternativas.
5. Cuando no exista otra solución razonable (aceptada por el paciente) para mejorar su situación.
6. El homicidio y la forma de morir no deberán causar perjuicio innecesario a terceros (si es posible, el pariente más próximo deberá ser informado de antemano).
7. La decisión de ayudar a morir no debe recaer en una sola persona. Es obligatorio consultar con otro profesional (doctor en medicina, psicólogo o asistente social, de acuerdo con las circunstancias del caso).
8. En la decisión debe intervenir un médico para recetar los medicamentos adecuados.
9. La decisión y la ayuda deben llevarse a cabo con las máximas precauciones.
10. No es necesario que el enfermo se esté muriendo para recibir ayuda. Los parapléjicos pueden solicitar y obtener ayuda para morir".⁸¹

El debate actual sobre la muerte asistida en Estados Unidos, tiene uno de sus puntos de partida fundamentales en 1998, cuando se publica en el *Journal of the American Medicinal* un breve artículo anónimo titulado "it's Over, Debbie" en el que un médico residente relata como una guardia de planta de su hospital practicó la eutanasia. Esta publicación fue enormemente criticada.

⁸¹ RODRIGUEZ ESTRADA. Mauro, ¿eutanasia o autanasia? Por una muerte digna. Editorial, El manual moderno, S. A., de C. V. 1996, p. p. 81-82

Posteriormente, en 1990, una enfermera de 54 años, quien padecía la enfermedad de Alzheimer, fue la primera paciente en utilizar la denominada "máquina del suicidio", diseñada por Jack Kevorkain, un patólogo retirado residente en el estado de Michigan (U. S. A.) Este método de suicidio recibió gran rechazo por parte de los médicos y biotécnicos norteamericanos. Sin embargo, observaron que el hecho de que hubiera pacientes dispuestos a solicitar la ayuda de Kevorkain, ponía de manifiesto que la sociedad norteamericana tenía en este tema una cuestión sin resolver.

"Para 1992, El Dr. T. Quill, paliativista y profesor de psiquiatría y medicina en la Universidad de Rochester, publicó un artículo en el New Englad, con la colaboración de las Doctoras. C. K. Cassel (profesora de medicina y política social en la Universidad de Chicago) y D. E. Meier (profesora de medicina y geriatría en Mount SINAB, N. Y.) algunos criterios clínicos de suicidio asistido que trataban de establecer claras defensas en la prevención de abusos, al mismo tiempo que buscaban aumentar las posiciones de todos aquellos enfermos incurables que peden el reconocimiento como la posibilidad de decidir sobre su calidad de vida, así como también el momento y forma de su muerte:

1. El paciente tiene que expresar, por propia iniciativa, y de forma clara y reiterada, que desea morir antes que continuar sufriendo.
2. El juicio del paciente no debe estar distorsionado. Debe ser capaz de comprender la decisión, sus implicaciones y sus consecuencias.
3. El paciente tiene que padecer un proceso incurable y que está asociado a un sufrimiento intenso implacable e intolerable.
4. El médico tiene que asegurarse de que el sufrimiento y la petición del paciente no son el resultado de la ausencia de cuidados adecuados.
5. El suicidio médicamente asistido sólo debe ser llevado a cabo en el contexto de una relación médico-paciente significativa. Aunque pueda no ser posible una relación anterior, el médico tiene que llegar a conocer personalmente al paciente para que las razones de la petición sean totalmente comprendidas.
6. Se requiere la consulta con otro médico con experiencia en cuidados paliativos.
7. Debe requerirse una documentación clara que apoye cada una de las condiciones previamente expuestas (siempre y cuando un proceso como éste llegue a ser públicamente autorizado). Se desarrollará un sistema

para comunicar, revisar, estudiar y distinguir claramente tales muertes de otras formas de suicidio".⁸²

Con la presentación de estos criterios sus autores pretendían proporcionar orientación a los médicos y a los pacientes que estaban considerando esas opciones, promover una discusión abierta y continuada sobre los criterios clínicos viables y las salvaguardas para el suicidio médicamente asistido y ayudar a los políticos y legisladores que estaban considerando hacer cambios formales en la política social o en la ley.

"En 1993, el Dr. Quill, en su libro titulado "*Death and Dignity*", amplía su propuesta e insiste en que el suicidio asistido no puede ser el sustituto de los cuidados paulatinos, sino que más bien constituye la expresión final de un largo camino, que hace evidente que los médicos tratan de conceder más control a los pacientes sobre su muerte y que están dispuestos a compartir con ellos todo el proceso. Quill considera que no debe dejarse sólo al paciente en el momento de la muerte, excepto cuando él lo manifiesta expresamente. Debido a esto dicho autor considera que es necesario asegurar que cualquier ley promulgada para permitir el suicidio asistido no exija que el paciente esté sólo en el momento de su muerte para que los que le han ayudado estén a salvo de las posibles consecuencias legales".⁸³

En 1991, Derek Humphry publicó su libro titulado "*Final Exit*", el cual se convirtió en un best-seller en E. U. Este libro es un manual en el que su autor explica a los enfermos terminales como pueden suicidarse. Este autor es el fundador de la Hemlock Society, una de las asociaciones a favor de la "muerte digna" más famosa de E. U. Por cierto, esta sociedad ha sido impulsora de las tres iniciativas legislativas que se han puesto en marcha en este país. Hasta la actualidad.

La primera iniciativa es la 119, trata de modificar el Acta de Muerte Natural del Estado de Washington. En esta se habla de legalizar la "muerte médicamente asistida" para los enfermos terminales, pero no se distinguía entre eutanasia y suicidio asistido, ni se hacía mención de grandes medidas de control. Estos aspectos muy probablemente influyeron para que la población del estado, aunque por estrecho margen, la rechazaran en referéndum a finales de 1991.

En 1992, surgió la segunda iniciativa, la propuesta 161, que pretendía al igual que la anterior propuesta, que se legalizara en el Estado de California la

⁸² ídem.

⁸³ ídem.

"*muerte médicamente asistida*" para los enfermos terminales. En esta iniciativa se explicaba que se trataba tanto de eutanasia como de suicidio asistido, se le incorporaba a dicho texto una propuesta para evitar los posibles abusos, sin embargo, aún así la propuesta fue rechazada en referéndum por poco margen (54% a favor, 46% en contra).

La tercera iniciativa intentaba legalizar el suicidio asistido de los enfermos terminales en el Estado de Oregón (donde se encuentra la sede central de la Hemlock Society). Con relación a esta propuesta, algunos bioticistas destacados manifestaron públicamente sus dudas acerca de su conveniencia, pero finalmente fue aprobada en referéndum en 1994.

3.2.6.- Holanda.

"El movimiento Holandés a favor de la eutanasia se inició en 1971 cuando la doctora Geertrudía Postma aceptó la solicitud repetida de su madre para acelerar su muerte. La progenitora de Postma había sufrido hemorragia cerebral, por lo que se encontraba paralizada, sorda y casi muda. Fue transferida a un hospicio, en donde vivía atada a una silla de ruedas, ya que le era imposible mantener el equilibrio. Incapacidad para comunicarse, dificultad en el control de los esfínteres y dependencia creciente hicieron que la madre de Postma considerase que la suya ya "no era vida". La hija-doctora resumió así la situación: "Cuando veía a mi madre colgando de la silla, lo que observaba eran tan sólo restos humanos. No podía resistir esa escena". Por lo anterior, le inyectó morfina y la mató. Acto seguido, comentó su acción con el director del hospicio, quien llamó a la policía".⁸⁴

Los jueces dictaminaron que era culpable de muerte piadosa. Sin embargo, sólo recibió una sentencia simbólica, ya que se consideró que había motivos para avalar su conducta.

En Holanda el término eutanasia es utilizado para designar exclusivamente a los actos deliberados destinados a poner fin inmediato a la vida del paciente a petición de éste.

La polémica sobre la probable regularización de la eutanasia en este país se inició en 1973, cuando el juzgado de leeuwarden estableció que un acto de eutanasia sería aceptable si el paciente además de padecer una enfermedad incurable y experimentar un sufrimiento insoportable, solicitaba la terminación de su vida y el acto era realizado por el médico que trataba el paciente o bien era consultado por éste.

⁸⁴KRAUZ, Arnoldo, Asunción Álvarez. Op. Cit. p. 40-41.

En la década de los ochentas la polémica se enfatizó, las denuncias proliferaron, pero las disposiciones judiciales (entre ellas la de Róterdam de 1981 es la primera de importancia) siguieron apoyando la sentencia de leeuwarden. Debido a lo confuso e irregular de la situación, empezó la preocupación de parte del gobierno holandés de aclarar y ordenar legislativamente esta cuestión. Así en 1982, el gobierno tomó dos importantes decisiones, la primera consistió en establecer que la determinación de iniciar o no acciones legales contra médicos, la tenían que tomar directamente los fiscales de distrito. En segundo lugar, el gobierno estableció una Comisión Estatal sobre la Eutanasia, integrada por quince miembros de profesiones y religiones diferentes.

No fue hasta 1990 cuando el gobierno holandés creó una nueva Comisión, además de esto negoció con la Real Asociación Médica Holandesa un procedimiento uniforme de notificación oficial de los actos de eutanasia, introduciendo para ello modificaciones en la estructura del acta de defunción oficial.

"La Asociación Médica Holandesa consideró prudente establecer esta serie de lineamientos:

1. Sólo médicos pueden llevarla a cabo.
2. La solicitud para aplicarla eutanasia debe ser formulada por enfermos mentales competentes.
3. La decisión del enfermo debe estar libre de duda, ser repetida y aparecer bien documentada.
4. El médico debe comentar el caso con otro facultativo ajeno al caso.
5. El paciente debe haber decidido libre de cualquier presión.
6. El enfermo debe estar en una situación de dolor y sufrimiento insoportables sin esperanzas de mejoría".⁸⁵

Holanda es el único país en el mundo donde la eutanasia se practica abiertamente.

⁸⁵ ídem.

3.2.7.- Australia.

En Australia es legal la eutanasia pasiva y extensa su práctica, mientras que la activa es ilegal y realizada por una minoría de médico, sin embargo según los sondeos, la mayoría de los doctores, los enfermos y la sociedad consideran que la ley debería permitirla.

En su territorio norte se modificó la ley para conseguir lo que ya es realidad en los países bajos: permitir la eutanasia activa en ciertas condiciones. Este cambio no perduró por la fuerte oposición que persiste, parcialmente por parte de la iglesia católica. Aun así, son interesantes los aspectos considerados en la llamada *acta del enfermo terminal*. Se pide al médico asegurarse de:

- 1) que no haya ninguna alternativa de curación y que la muerte es "próxima" ,
- 2) que no existe ningún tratamiento paliativo que disminuya razonablemente el sufrimiento del enfermo,
- 3) que el paciente no tomando voluntariamente la decisión de acelerar su muerte ha considerado las posibles implicaciones para sus familiares,
- 4) que un psiquiatra confirme el diagnóstico y descarte una depresión tratable,
- 5) que el enfermo firme su petición siete días después de haberla formulado por primera vez.⁸⁶

Así como el paciente –por su propia voluntad- solicita la eutanasia para poner fin a su sufrimiento, ningún médico está obligado a realizarla si considera que va contra sus valores.

Dicha acta se distingue de la legislación de otros países. En Holanda basta que el paciente sufra de modo intolerable para permitir la eutanasia, aun si no padece una enfermedad terminal. En Oregon, un paciente es terminal si el médico considera que su muerte sobrevendrá en menos de seis meses, predicción con la que es difícil comprometerse.

Es complejo definir directrices sobre la eutanasia por la incertidumbre y subjetividad que intervienen: ¿Qué significa disminuir razonablemente el sufrimiento de un enfermo?, ¿cómo distinguir una depresión tratable de la que resulta por comprender que ha llegado el fin?

⁸⁶ Ibidem. p. p. 38-39.

Encuestas de diferentes países indican que muchos médicos reconocen la necesidad de la eutanasia, pero no están dispuestos a aplicarla. Algunos lo harían si se legalizara; otros ni así, a pesar de admitir que para ellos mismos sí la quisieran. Entre los que aplican la eutanasia, unos piensan que no debe legalizarse por el riesgo de generalizar una práctica que debe valorarse individualmente. Por último muchos reconocen que no sabrían como practicarla.

3.2.8.- Alemania.

En Alemania, la cuestión de la eutanasia se presentó oficialmente en el año 1903 con una propuesta de la ley al Parlamento de Sajonia, quien la rechazó.

Posteriormente, se presentaron otros dos proyectos de ley, uno en el año de 1909 y otro en 1912. El primer proyecto de ley fue propuesto a nombre de la "Asociación Monista Alemana" (*Deutsches Monisten Bund*), y pretendía la legalización de la eutanasia. Este proyecto proponía que toda persona que padeciera una enfermedad incurable tuviera derecho a la autanasia, para lo que tendría que dirigir su petición al tribunal competente, el cual decidiría sobre la procedencia de dicho derecho. Para dar solución a este problema, el tribunal debería informar a un comité médico que dentro de los ocho días siguientes a la presentación de la solicitud, examinaría al enfermo. Dicho comité consignaría en un acta si (según la opinión de los médicos), sería más probable la muerte que la mejora de salud del enfermo, o por lo menos, el retorno a un estado que le permitiera la reintegración a un trabajo, y si los dolores actuales eran humanamente soportables. Una vez establecida por la Comisión la posibilidad de una solución mortal. El tribunal concederá al enfermo el derecho a la eutanasia, en caso contrario la petición sería rechazada. El mismo proyecto propina que cuando un enfermo hubiera sido muerto por un particular cualquiera, éste no podría ser castigado si el derecho de eutanasia hubiera sido previamente concedido al requirente y la necropsopia comprobara su efectiva condición de incurable. El proyecto pasó a la Comisión pero nunca se pronunció sobre él.

Por lo que respecta al proyecto de 1912, éste fue presentado por un médico que estaba desahuciado por sus colegas. "El proyecto se componía de ocho artículos y su contenido era el siguiente:

- 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 24 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 concederá al paciente el derecho de 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 por móviles piadosos, será castigado con la pena de reclusión.
- 8) Todo lo precedente puede aplicarse a los valetudinarios".⁸⁷ Este proyecto corrió la misma suerte que el primero.

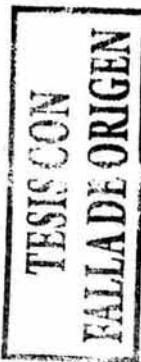
En 1920, Carlos Bindig y Alfredo Hoche redactaron un folleto titulado "*La autorización para Exterminar a los Seres Desprovistos de Valor Vital*", en el cual se planteó y resolvió rotundamente el asunto de la eutanasia. Esta situación provocó gran polémica en Alemania y fuera de ella, sin embargo los legisladores no se atrevieron a hacer suyas esas ideas, ni los médicos las practicaron más que en la forma ordinaria de cura.

En 1933, el ministro de justicia de Prusia escribió un "*Documento*" que contenía el esquema de un Código Penal Nacional-Socialista que nunca adquirió vigor legislativo. En relación al tema que nos ocupa, el importante documento señalaba que debería autorizarse la eutanasia para poner fin a la tortura de los enfermos incurables, siempre y cuando fuese aplicado a petición del enfermo o de su familia. La incurabilidad del enfermo sería declarada no sólo por el médico de cabecera sino por otros dos médicos oficiales que estudiarían cuidadosamente el caso, analizando su historia y examinando personalmente al enfermo. De esta forma se garantizaría que ninguna vida que pudiera ser valiosa fuera destruida inútilmente.

Cabe señalar el caso de un campesino llamado Herman Weber, quien matara de un balazo a su hijo mientras dormía porque éste se hallaba aquejado de una completa idiotez. Este suceso tuvo lugar en Weimar (ciudad de Alemania), donde el juez sentenció a Weber a tres años de prisión. Este acontecimiento dio lugar al siguiente comentario de un famoso periódico Nazi (*Das schwarze Korpos*), que muestra la ideología que prevalecía en esos tiempos:

"La sentencia de Weimar es una simple transacción que reflejará su mayor bien cuidado Weber sea perdonado; él fue el único que se atrevió con dolor, a hacer lo que nadie hizo por él.

⁸⁷ JIMÉNEZ DE ASÚA, Luis. Ob. Cit. p. 373.



Perdonar al que mata a un demente para evitarle la reclusión a un asilo de insanos, resolución que no sólo constituye una pesada carga financiera para el Estado, sino un gran sufrimiento espiritual para la familia del enajenado, es hoy sólo una fórmula de transacción, pero las futuras generaciones que eliminarán de la ley de la vida toda falsa conmiseración y esa manía compasiva liberal, encontrara otra solución".⁸⁸

3.3.- Regulación actual de la Eutanasia en la Legislación Mexicana.

En México en especial, la libertad más absoluta, está siendo confundida cada día más imperando en nuestro sistema el lucro y la intolerancia, debido a que en determinadas situaciones legales se hace caso omiso a la norma jurídica y en otro tipo de circunstancias se aplica en exceso, lo cual es claro que no se adecua a las necesidades de la época que estamos viviendo y al no haber nuevos ordenamientos que regulen un nuevo estado de cosas y personas, es común ver que constantemente se violen los ordenamientos legales y se evada la acción de la justicia, por lo que el derecho en México debe abarcar más campos como el de la eutanasia entre otros.

El tratamiento que se le ha dado a la eutanasia, en nuestro país, desgraciadamente nos recuerda los viejos sistemas punitivos de la compensación pecuniaria y del talión ya que se le concede muy poca importancia a los elementos morales del delito y a las condiciones personales del sujeto pasivo y del delincuente. Esto se debe a la retención, inexplicable de conceptos obsoletos en los preceptos legales positivos; por lo que es necesario, realizar una adecuación de éstos con la realidad imperante.

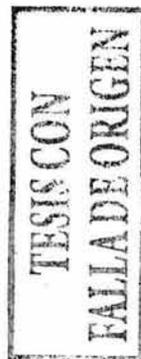
De esta quizá, y como fueron médicos quienes dieron a los juristas los conceptos de edad, aborto, infanticidio, parto, lesiones, enfermedad mental, etc.; hoy también deben ser los médicos quienes den a los juristas el moderno concepto de muerte; por ende, estimamos que el problema tan complejo que tratamos, se apartará de la tipificación del homicidio-suicidio, toda vez, que este criterio, se encuentra sustentado en algunos preceptos legales.

3.3.1.- Analisis de los artículos 14, 16 y 22 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Artículo 14. GARANTÍA DE AUDIENCIA (párrafo II).

En el segundo párrafo del artículo 14 Constitucional, encontramos una de las garantías individuales más importantes que se hayan consagrado en nuestra carta magna, el cual ordena:

⁸⁸ Ibidem, p. 374.



paciente en el plazo de 24 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 concederá al paciente el derecho de 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 por móviles piadosos, será castigado con la pena de reclusión.
- 8) Todo lo precedente puede aplicarse a los valetudinarios”.⁸⁷ Este proyecto corrió la misma suerte que el primero.

En 1920, Carlos Bindig y Alfredo Hoche redactaron un folleto titulado “*La autorización para Exterminar a los Seres Desprovistos de Valor Vital*”, en el cual se planteó y resolvió rotundamente el asunto de la eutanasia. Esta situación provocó gran polémica en Alemania y fuera de ella, sin embargo los legisladores no se atrevieron a hacer suyas esas ideas, ni los médicos las practicaron más que en la forma ordinaria de cura.

En 1933, el ministro de justicia de Prusia escribió un “*Documento*” que contenía el esquema de un Código Penal Nacional-Socialista que nunca adquirió vigor legislativo. En relación al tema que nos ocupa, el importante documento señalaba que debería autorizarse la eutanasia para poner fin a la tortura de los enfermos incurables, siempre y cuando fuese aplicado a petición del enfermo o de su familia. La incurabilidad del enfermo sería declarada no sólo por el médico de cabecera sino por otros dos médicos oficiales que estudiarían cuidadosamente el caso, analizando su historia y examinando personalmente al enfermo. De esta forma se garantizaría que ninguna vida que pudiera ser valiosa fuera destruida inútilmente.

Cabe señalar el caso de un campesino llamado Herman Weber, quien matara de un balazo a su hijo mientras dormía porque éste se hallaba aquejado de una completa idiotez. Este suceso tuvo lugar en Weimar (ciudad de Alemania), donde el juez sentenció a Weber a tres años de prisión. Este acontecimiento dio lugar al siguiente comentario de un famoso periódico Nazi (Das schwarze Korpos), que muestra la ideología que prevalecía en esos tiempos:

“La sentencia de Weimar es una simple transacción que reflejará su mayor bien cuidado Weber sea perdonado; él fue el único que se atrevió con dolor, a hacer lo que nadie hizo por él.

⁸⁷ JIMÉNEZ DE ASÚA, Luis. Ob. Cit. p. 373.

Perdonar al que mata a un demente para evitarle la reclusión a un asilo de insanos, resolución que no sólo constituye una pesada carga financiera para el Estado, sino un gran sufrimiento espiritual para la familia del enajenado, es hoy sólo una fórmula de transacción, pero las futuras generaciones que eliminarán de la ley de la vida toda falsa conmiseración y esa manía compasiva liberal, encontrara otra solución".⁸⁸

3.3.- Regulación actual de la Eutanasia en la Legislación Mexicana.

En México en especial, la libertad más absoluta, está siendo confundida cada día más imperando en nuestro sistema el lucro y la intolerancia, debido a que en determinadas situaciones legales se hace caso omiso a la norma jurídica y en otro tipo de circunstancias se aplica en exceso, lo cual es claro que no se adecua a las necesidades de la época que estamos viviendo y al no haber nuevos ordenamientos que regulen un nuevo estado de cosas y personas, es común ver que constantemente se violen los ordenamientos legales y se evade la acción de la justicia, por lo que el derecho en México debe abarcar más campos como el de la eutanasia entre otros.

El tratamiento que se le ha dado a la eutanasia, en nuestro país, desgraciadamente nos recuerda los viejos sistemas punitivos de la compensación pecuniaria y del talión ya que se le concede muy poca importancia a los elementos morales del delito y a las condiciones personales del sujeto pasivo y del delincuente. Esto se debe a la retención, inexplicable de conceptos obsoletos en los preceptos legales positivos; por lo que es necesario, realizar una adecuación de éstos con la realidad imperante.

De esta quizá, y como fueron médicos quienes dieron a los juristas los conceptos de edad, aborto, infanticidio, parto, lesiones, enfermedad mental, etc.; hoy también deben ser los médicos quienes den a los juristas el moderno concepto de muerte; por ende, estimamos que el problema tan complejo que tratamos, se apartará de la tipificación del homicidio-suicidio, toda vez, que este criterio, se encuentra sustentado en algunos preceptos legales.

3.3.1.- Analisis de los artículos 14, 16 y 22 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Artículo 14. GARANTÍA DE AUDIENCIA (párrafo II).

En el segundo párrafo del artículo 14 Constitucional, encontramos una de las garantías individuales más importantes que se hayan consagrado en nuestra carta magna, el cual ordena:

⁸⁸ Ibidem, p. 374.

"Nadie puede ser privado de la vida, de la libertad, de sus posesiones, propiedades o derechos sino mediante juicio seguido ante los tribunales previamente establecidos, en el que se cumplan las formalidades esenciales del procedimiento y conforme a las leyes expedidas con anterioridad al hecho".

Al profundizar en el contenido del citado párrafo, encontramos que las partes esenciales, de dicha garantía de audiencia, son cuatro:

- 1) Un juicio previo al acto de privación;
- 2) Que éste sea seguido ante tribunales previamente establecidos;
- 3) Con el cumplimiento de las formalidades procesales esenciales; y
- 4) Que la decisión jurisdiccional se ajuste a las leyes, mismas que deberán de ser anteriores a la causa que originó el juicio.

Formándose la garantía de audiencia mediante la concurrencia de las partes específicamente señaladas anteriormente, siendo que aquella es susceptible de contravenirse al violarse una sola de las cuatro partes ya mencionadas.

De tal suerte tenemos:

- 1) El concepto de juicio, que no ha sido explicado por la Suprema Corte en términos claros y específicos para fijar su alcance como primera garantía constitutiva de la de audiencia, equivale a la idea de procedimiento, es decir, de una secuela de actos concatenados entre sí, afectos a un fin común que les proporcione unidad. Por ende, dicho concepto, juicio, es denotativo de función jurisdiccional.
El procedimiento puede substanciarse ante autoridades materialmente Jurisdiccionales o administrativa, o formal y materialmente judiciales.
De esta manera cuando el bien jurídico materia de la privación sea la vida, o la libertad personal, como sería el caso de la eutanasia, se substanciaría ante autoridades judiciales que lo sean formal y materialmente.
- 2) Dicho juicio, debe seguirse ante tribunales dotados de una capacidad genérica para dirimir conflictos en número indeterminado, y que obviamente, sean preexistentes al caso que pudiere provocar la privación, es decir, que no tengan una competencia, casuística, lo cual corroborara el contenido del artículo 13 Constitucional.
- 3) En la resolución de un conflicto jurídico, los tribunales tienen necesidad de conocer éste, a cuyo efecto se valen tanto de sus propias investigaciones como de la expresión de las pretensiones de o los sujetos respecto de los cuales se suscita el conflicto. De ahí surge el nacimiento y la necesidad, ineludible, del cumplimiento de las formalidades procesales esenciales.
De ésta quizá, en toda función jurisdiccional ha de otorgarse la oportunidad de defensa a la persona que vaya a ser víctima de un acto de privación, para que externé sus pretensiones o lo que a su derecho

convenga. Pero además, es menester que se le otorgue al presunto afectado, una segunda oportunidad dentro del procedimiento, es decir, la oportunidad de probar los hechos en que finque sus pretensiones, lo cual se traduce en diversos actos procesales, tendientes a la obtención de un fin.

Así cuando un ordenamiento adjetivo consigne estas dos oportunidades, la defensa y la probatoria, puede decirse que las rigen formalidades procesales, las cuales asumen el carácter de esenciales, toda vez que sin ellas la función jurisdiccional no se desempeñaría debida y exhaustivamente, amen de adolecería del vicio de inconstitucionalidad.

- 4) Por último, el fallo o resolución culminatoria del juicio o procedimiento el cual debe pronunciarse conforme a las leyes expedidas con anterioridad al hecho, en donde se confirma la garantía contenida en el párrafo primero del mismo artículo 14 Constitucional, es decir, la de la no retroactividad legal, que por nuestra parte consideramos que no amerita mayores comentarios.

Por otra parte, la titularidad, el goce de dicha garantía de audiencia, corresponde a todo sujeto que como gobernado, sea susceptible de afectación en su estado o ámbito jurídico por algún acto de autoridad, esto, sin importar los atributos de las personas; lo anterior, se entiende a la luz del contenido del artículo primero Constitucional.

No obstante lo anterior, ¿Qué debemos entender por susceptibilidad de afectación del estado o ámbito jurídico de una persona?

El egreso de un bien jurídico, material o inmaterial, de la esfera del gobernado, o del impedimento para ejercer un derecho, pueden ser consecuencia o efecto de un acto de autoridad, empero para que este sea privativo, es menester que los resultados sean, amén de lo dicho, la finalidad definitiva perseguida por el propio acto de autoridad.

Por otra parte los bienes jurídicos que salvaguarda dicha garantía son:

La vida, la libertad, la propiedad, la posesión, y los derechos.

En cuanto al alcance de la garantía de audiencia, el criterio establecido por la Suprema Corte de Justicia de la Nación, nos dice que es operante no solo ante las autoridades judiciales y administrativas, sino también ante las legislativas, e independientemente de que en las leyes que expidan, sobre cualquier materia

instituyan o no un procedimiento de defensa para los presuntos afectados, es decir, no basta argumentar que la ley aplicable al caso, no tenga determinaciones o reglamentaciones para oír a los interesados, porque sobre cualquier determinación o consideración de leyes secundarias, existe el mandato del artículo 14 Constitucional, que obliga a cualquier autoridad a conceder dicha audiencia para afectar, posterior y legalmente, los derechos de los particulares. La anterior posición, ha sido sustentada por el más alto tribunal de la República, y constituye jurisprudencia.

GARANTÍA DE LA EXACTA APLICACIÓN DE LA LEY EN MATERIA PENAL. (Párrafo III del artículo 14 Constitucional).

El párrafo III del artículo 14 Constitucional ordena:

"En los juicios del orden criminal queda prohibido imponer, por simple analogía y aún por mayoría de razón, pena alguna que no este decretada por una ley exactamente aplicable al delito de que se trata."

La creación de toda ley es motivada por diversos factores y por diferentes teologías. Así el campo de vigencia, de éste párrafo, es la materia procesal penal e implica el principio de legalidad enunciando en la locución latina "nulla poena, nullum delictum sine lege". Por lo que para que un hecho, lato sensu, constituya un delito, es menester la existencia de un dispositivo legal que establezca una pena para su autor, así, cuando no exista aquella, el acto o la omisión no tendrán el carácter de delictivos.

Pero además, la ley debe señalar, expresamente, la penalidad correspondiente al delito en particular. Por ende. Se infringirá el precepto constitucional en estudio, cuando se aplique a una persona una pena que no provenga de un precepto legal determinado y adecuado a la conducta delictuosa que se trate. Por lo que, la precitada norma, prohíbe la imposición de penalidad por analogía y/o por mayoría de razón, asegurándose así la garantía, contenida en dicho precepto constitucional, de la exacta aplicación de la ley.

De esta, quizá podemos asegurar que el homicidio no es una ley exactamente aplicable, ni adecuada a la conducta de la eutanasia.

ANÁLISIS DEL ARTÍCULO 16 CONSTITUCIONAL.

La primera parte del artículo 16 constitucional, ordena:

ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA

"Nadie puede ser molestado en su persona, familia, domicilio, papeles o posesiones, sino en virtud de mandamiento escrito de la autoridad competente, que funde y motive la causa legal del procedimiento."

El acto de autoridad condicionado por la garantía consignada en el precepto constitucional en estudio, consiste en una simple molestia, es decir, una afectación a cualquiera de los bienes jurídicos citados en dicho artículo.

Ahora bien, en virtud de que todo acto de privación, y todo acto jurisdiccional penal o civil lato sensu como lo es la eutanasia, entrañan un acto de molestia, la validez constitucional de los mismos, debe derivar de las garantías consignadas en los tres últimos párrafos del artículo 14 constitucional, en sus respectivos casos, así como las contenidas en la primera parte del artículo 16 constitucional.

En lo referente a los bienes jurídicos preservados por las garantías consignadas en el precepto en cuestión veremos únicamente la primera parte de ellas, es decir, la persona misma, toda vez que las demás, no entrañan mayor importancia para los fines perseguidos por la presente investigación.

De esta manera, tenemos que a través del elemento persona, el acto de molestia puede afectar no solamente la individualidad psíquico-física del sujeto, sino su personalidad jurídica propiamente dicha. Esto sucede en caso de que el acto de molestia le restrinja la citada capacidad; impidiéndole la adquisición de derechos, tanto los atribuidos a la personalidad en general como los que sean inherentes a una determinada categoría general de sujetos.

En resumen, las "personas" son susceptibles de afectación por un acto de molestia, en los siguientes casos:

- 1) Cuando se le restringe o perturba su actividad o individualidad psíquico-física propiamente dicha e inclusive su libertad personal.;
- 2) Cuando tal restricción o perturbación concierne a su capacidad jurídica de adquirir derechos y contraer obligaciones (libertad de contratación);

3) Tratándose de personas morales, al reducirse o disminuirse las facultades inherentes a su entidad jurídica, impidiendo o limitando el ejercicio de su actividad social.⁸⁹

GARANTIA DE COMPETENCIA CONSTITUCIONAL.

La garantía de competencia constitucional al acto de molestia, contenida en la primera parte del artículo en estudio, consiste en que éste debe dimanar de autoridad competente. Cabe señalar que, la única competencia que está protegida por medio de las garantías individuales, es la constitucional, que se refiere a la órbita de las atribuciones de los diversos poderes.

GARANTÍA DE LEGALIDAD.

La garantía de legalidad implicada en la primera parte del artículo 16 constitucional, que venimos estudiando, condiciona todo acto de molestia, al ordenar que la autoridad competente "funde y motive la causa legal del procedimiento", es decir, que el acto(s) de molestia realizado(s), fundado(s) y motivado(s) en la ley, esto es, en una disposición normativa general e impersonal creadora y reguladora de situaciones abstractas.

FUNDAMENTACIÓN.

La fundamentación legal, no es sino una consecuencia directa del principio de legalidad, que consiste en que las autoridades solo pueden hacer lo que la ley les permite; lo cual, impone a las autoridades diversas obligaciones a saber:

- 1) El órgano estatal del cual provenga el acto, debe de estar investido de facultades expresamente consignadas en la norma jurídica para poder emitir sus actos legalmente.
- 2) El propio acto de molestia ha de estar contemplado en dicha norma,
- 3) Su sentido y alcance deben ajustarse a las disposiciones normativas que lo rijan.
- 4) Y que el citado acto se contenga o derive de un mandato escrito, en cuyo texto se deberán expresar los preceptos específicos que lo apoyen.

⁸⁹ BURGOA ORIGUELA, Ignacio. Garantías Individuales. editorial Porrúa, S.A. México. 1982. p. 583.

MOTIVACIÓN.

La motivación legal implica la necesaria adecuación que debe hacer la autoridad entre la norma general fundadora del acto de molestia y el caso específico en el que éste va a operar o surtir sus efectos. Lo cual se conseguirá por la autoridad respectiva, al aducir los motivos que justifiquen la explicación de una determinada norma jurídica con el caso concreto, motivos que deben manifestarse en los hechos, circunstancias y modalidades objetivas de dicho caso para que éste se encuadre dentro de los supuestos abstractos previstos normativamente, lo anterior ha de formularse precisamente en la norma escrita a que se refiere el artículo materia de estudio.

Ahora bien dicha motivación legal, no siempre exige que la adecuación sea exacta, pues las leyes otorgan a las autoridades competentes una facultad llamada discrecional que se utiliza, como su nombre lo indica, para determinar si el caso concreto que se valla a decidir encuadra dentro del supuesto abstracto previsto normativamente. Empero, dicha potestad de decisión, facultad discrecional, debe estar consignada en una disposición legal, puesto que, de no ser así, tal facultad sería arbitraria y en consecuencia contraria al artículo 16 constitucional.

Todo acto de molestia debe de apoyarse en una ley (fundamentación), y debe de encuadrar exactamente la hipótesis legal con la situación concreta respecto de la cual se realice dicho acto de molestia (motivación), puesto que, en caso de que ambas condiciones de validez constitucional del acto de molestia no concurren en el caso concreto, por ausencia de una o ambas condiciones, se violará la garantía de legalidad consagrada por el artículo 16 constitucional.

GARANTÍA DEL MANDAMIENTO ESCRITO.

Para realizar, legítimamente, un acto de molestia en alguno de los bienes jurídicos que menciona el artículo 16 constitucional, amén de todo lo citado anteriormente, dicho precepto ordena que, es menester que el particular afectado se le comunique o se le de a conocer el mencionado acto de molestia. Esta garantía de seguridad jurídica, que es la tercera que contiene el artículo 16 constitucional, equivale a la "forma" del acto autoritario de molestia, el cual debe derivarse siempre de un "mandato u orden escritos", que podrá ser anterior o simultaneo a la ejecución del acto de molestia.

ANÁLISIS DEL ARTÍCULO 22 CONSTITUCIONAL.

Este artículo contiene dos garantías de seguridad jurídica a saber:

“Quedan prohibidas las penas de mutilación, infamia, la marca, los azotes, los palos, el tormento de cualquier especie, la multa excesiva, la confiscación de bienes y cualquiera otra pena inusitadas y trascendentales.”

Se entiende por penas inusitadas y trascendentales, aquellas sanciones que no están consagradas por la ley para un hecho delictivo determinado, en otras palabras, pena inusitada es aquella cuya imposición no obedece a la aplicación de una norma que la contenga, sino al arbitrio de la autoridad que realiza el acto impositivo.

En cuanto a las penas trascendentales, son aquellas que no solo comprenden o afectan al autor (es) del hecho delictivo, sino que su efecto sancionador se extiende a los familiares del delincuente que no participaron en la comisión del ilícito. Este tipo de penas pugna con el principio de la personalidad de la sanción penal.

El párrafo III del precepto constitucional en cuestión, ordena:

“queda también prohibida la pena de muerte por delitos políticos, y en cuanto a los demás, solo podrá imponerse al traidor a la patria en guerra extranjera, al parricida, al homicida con alevosía, premeditación o ventaja, al incendiario, al plagiarlo, al salteador de caminos, al pirata y a los reos de delitos graves militar”.

El párrafo II del ordenamiento en estudio, no lo incluimos porque no atañe al tema de la presente investigación. Caso contrario es el párrafo III, del cual haremos alusión de los delitos castigables con pena de muerte a que hace referencia.

La segunda garantía de seguridad jurídica consignada en el artículo 22 constitucional, específicamente en el párrafo III, se traduce por un lado, en la prohibición absoluta de la imposición de la pena de muerte y por el otro, en la exclusión de su aplicación a los delitos que no estén comprendidos en los enumerados en dicho precepto.

Así, la prohibición absoluta de la imposición de la pena de muerte a los autores de delitos políticos, es determinante. Por otra parte, este mismo precepto constitucional, faculta a las autoridades federales, locales y legislativas según sea el caso, para sancionar con la pena capital únicamente los delitos que el mismo

ordenamiento constitucional enumera y que son: traición a la patria en guerra extranjera; al parricida; el homicida con alevosía premeditación o ventaja; el incendiario, al plagiarlo, al salteador de caminos; al pirata; y a los delitos graves del orden militar.

De lo anterior, nos damos cuenta de que es ilícito en nuestro país, la imposición de la pena de muerte. Pero ¿Cuál es el motivo para que no se le reconozca jurídicamente a la eutanasia legislando un "derecho a la muerte"?

¿Por qué en algunos países es reconocida legalmente la muerte únicamente como un castigo y no como un derecho?, ya que, como hemos visto la eutanasia no es contraria al sentido de los preceptos constitucionales que se han analizado.

Ahora, demos paso al contenido en el Código Penal, en todo lo que se refiere a la eutanasia, y de esta manera poder esclarecer las anteriores interrogantes.

3.3.2.- Interpretación de los preceptos aplicados por el Código Penal, en relación a la eutanasia.

Artículo 15.- "El delito sólo puede ser realizado por acción o por omisión."

Artículo 18.- "Las acciones u omisiones delictivas solamente pueden realizarse dolosa o culposamente.

Obra dolosamente el que, conociendo los elementos objetivos del hecho típico de que se trate, o previendo como posible el resultado típico, quiere o acepta su realización.

Obra culposamente el que produce el resultado típico, que no previó siendo previsible o previó confiado en que no se produciría. En virtud de la violación de un deber de cuidado que objetivamente era necesario observar".

Artículo 29.- En sus fracciones III y VI que a la letra dicen:
"El delito se excluye cuando:

III.- Se actúe con el consentimiento del titular del bien jurídico afectado, o del legitimado legalmente para otorgarlo, siempre y cuando se cumplan los siguientes requisitos:

- a) Que se trate de un bien jurídico disponible;
- b) Que el titular del bien jurídico, o quien esté legitimado para consentir, tenga la capacidad jurídica para disponer libremente del bien ; y

c) Que el consentimiento sea expreso o tácito y no medie algún vicio del consentimiento.

000000

VI.- Obrar en forma legítima, en cumplimiento de un deber jurídico o en ejercicio de un derecho, siempre que exista la necesidad racional del medio empleado para cumplir el deber o ejercer el derecho;”...

Aquí encontramos la primera base jurídica de la eutanasia, pero sería menester reconocer y legalizar un derecho a la muerte y su medio para ejercerlo, es decir, la eutanasia.

Artículo 123.- “Al que prive de la vida a otro, se le impondrá de ocho a veinte años de prisión.”

A pesar de la pésima redacción de este artículo, pues no contiene una definición propiamente dicha del delito de homicidio, sino de su elemento material; el legislativo no ha hecho nada para subsanar el error,. Por otra parte, la noción íntegra del homicidio es:

- 1) Presupuesto Lógico; vida humana preexistente a la comisión del delito.
- 2) Elemento material; supresión de esa vida, y;
- 3) Elemento moral; que dicha supresión, se deba a intencionalidad o imprudencia delictiva.

De esta manera, el bien jurídico tutelado por el homicidio (la vida), no se viola con la práctica de la eutanasia como una alternativa a los enfermos terminales, que es la que proponemos en esta investigación.

Art. 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 de prisión .”

En la actualidad en la Legislación Mexicana no importan los motivos por los que se le de muerte a un semejante, sino el hecho en sí de propiciarla.

No ignoramos que la justicia y la piedad toman caminos diferentes; pero tampoco desconocemos que la justicia empapada de piedad es más justa.

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 hablar del hombre como parte integrante de la sociedad, éste tiene el deber de imponerse limitaciones en su actividad externa; como ente individual el ser humano tiene el derecho de disponer de su propia vida. De esta quizá el suicidio no es, ni debe ser un delito ni cuando se consuma ni cuando se frustra. Por eso en la legislación Mexicana está previsto de una penalidad.

En cambio, la posibilidad de aplicación de las normas penales para los que participen en el suicidio ajeno se abre ampliamente; las formas de participación reglamentadas en el artículo en estudio y son:

- 1) Participación moral de inducción: es decir, excitar, instigar en forma directa y suficiente a otra persona para que se suicide.
- 2) Participación material de auxilio, lo cual equivale a proporcionarle al suicida los medios para que éste, consiga su finalidad, y;
- 3) Cuando él mismo es ejecutor participe en la muerte; lo cual equivale en derecho positivo mexicano, a una forma de homicidio simple con atenuación de la penalidad.

Desgraciadamente, el legislador al fijar la penalidad de cuatro a diez años, no tomo en consideración los móviles, egoísta o de piedad, que el autor haya tenido al momento de realizar el acto.

Efectivamente, cuando el sujeto activo, después de incitar a un tercero para que se suicide, obtiene su consentimiento y lo mata para beneficiarse con su herencia o para satisfacer un oculto rencor. Por lo que merecería, en lugar de la penalidad atenuada, una gravísima.

En cambio, cuando el acto priva de la vida, por piedad, a un enfermo de grave, doloroso e incurable mal, y ante el incesante requerimiento de éste, se le debería otorgar, no solo la penalidad atenuada, sino, el perdón judicial.

Artículo 144.- "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."

En este tipo de delito el legislador tomando en consideración circunstancias físicas o temporales del sujeto pasivo, agrava la pena al equiparar el tipo al del homicidio o las lesiones calificadas.

Artículo 144.- "Aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento del embarazo."

El aborto provocado y su consecuencia ordinaria; muerte del feto, ha sufrido intensas transformaciones jurídicas con el transcurso del tiempo. De esta quizá, la gran mayoría de las legislaciones en el mundo han aceptado con mayor o menor intensidad la disminución de la pena. Dicha atenuación a sido mayor en aborto que en infanticidio, se dice que el bien jurídico protegido es distinto, toda vez que el feto o embrión, no obstante de pertenecer a la especie humana de tener vida, no es un hombre; en cambio el nacimiento proporciona al producto de la concepción la verdadera personalidad biológica y jurídica considerada.

La palabra aborto puede tener tres significados:

- 1) La obstétrica; "expulsión del producto de la concepción cuando no es viable, hasta el sexto mes de embarazo"⁹⁰, la expulsión de los últimos tres meses se denomina parto prematuro, por la viabilidad del producto.
- 2) La médico-legal; "La destrucción o aniquilamiento del fruto de la concepción en cualquiera de los momentos de la preñez."⁹¹
- 3) La jurídico delictiva; la noción que se tiene de este delito en las diversas legislaciones presenta variantes, en México, en el Código Penal del Distrito Federal de 1931, el delito se define por su consecuencia final, muerte del feto (delito de aborto impropio o feticidio). De esta quizá la denominación de aborto se refiere al artículo 144.

Artículo.-145.- "Al que hiciere abortar a una mujer se le aplicará de uno a tres años de prisión, sea cual fuere el medio que empleare, siempre que lo haga con el consentimiento de ella.

⁹⁰ Ibidem, p. 127.

⁹¹ Ibidem, p. 128.

Cuando falte el consentimiento, la prisión será de cinco a ocho. Si mediare violencia física o moral, se impondrá de ocho a diez años de prisión."

Curiosamente, el legislador cae en contradicción, ya que el consentimiento del sujeto pasivo, es un argumento inatendible, para la legalización del aborto y de la eutanasia, por ser el derecho penal de interés público; sin embargo, en este artículo nos deja ver, felizmente, que se deben tomar en consideración, por el juzgador, los elementos internos o volitivos que influyeron en el momento de la comisión del ilícito penal.

Artículo 148.- "Se considera como excluyente de responsabilidad penal en el delito de aborto:

I Cuando el embarazo sea resultado de una violación o de una inseminación artificial a que se refiere el artículo 50 de este Código;..."

Esta excusa absolutoria encuentra su fundamento en consideración a la mujer que por su negligencia o descuido, sin intención dolosa, causa su propio aborto, toda vez que resultaría inequitativo reprimirla, por ser ella la primera víctima de su imprudencia. En cuanto al aborto cuando el embarazo sea resultado de una violación, la no inexigibilidad de otra conducta, encuentra un lugar en este precepto.

Según Jiménez de Asúa: "esta especie de aborto va transida de una cuantiosa serie de motivos altamente respetables y significa el conocimiento notorio del derecho de la mujer a una maternidad conciente."

II "Cuando de no provocarse el aborto, la mujer embarazada corra peligro de afectación grave a su salud a juicio del médico que la asista, oyendo éste el dictamen de otro médico, siempre que esto fuere posible y no sea peligrosa la demora."

Este precepto encuentra su fundamento en el principio del "interés preponderante, es decir, cuando el bien salvado supera al sacrificado, es cuando se integra la justificante.

¿Pero cual es el bien preponderante?, toda vez que, estamos hablando de la vida de dos seres humanos en pugna; la respuesta es relativa, es decir, una persona que agoniza, docta o leiga, no antepondrá sus derechos humanos a los de la sociedad, ya que con justa razón él podría pensar que en nada les afectaría, ni al estado ni a la sociedad, si se llevara a cabo su voluntad eutanásica. Por otra

parte, el estado encontrara una violación del derecho si se anteponen los derechos de los particulares a los de la sociedad, no importa que se este hablando de derechos humanos.

No dudamos en admitir la legitimidad del aborto, sino de los razonamientos filosófico-jurídicos que están en contra de la legalización de la eutanasia.

3.3.3.- Analisis de los preceptos aplicables de la Ley General de Salud, en relación con la eutanasia.

Artículo 343.- "Para efectos de este Título, la pérdida de la vida ocurre cuando:

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

Artículo 334.- "para realizar transplantes de donantes que hayan perdido la vida, deberá cumplirse lo siguiente:

- I. Comprobar, previamente a la extracción de los órganos y tejidos y por un médico distinto a los que intervendrán en el transplante o en la obtención de los órganos o tejidos, la pérdida de la vida del donante, en los términos que se precisan en este Título;
- II. Existir consentimiento expreso del donante o no constar su revocación del tácito para la donación de sus órganos y tejidos; y
- III. Asegurarse que no exista riesgo sanitario.

Un ser que sufre de muerte cerebral, medica y legalmente se le tiene como muerta para los fines de la donación de órganos; luego entonces, un ser con muerte cerebral es apto, legalmente, para donar órganos, pero para que se le practique la eutanasia, no. ¿Qué sucede con el derecho penal mexicano vigente?

Artículo 469.- "Al profesional técnico o auxiliar de la atención médica que sin causa justificada se niegue a prestar asistencia a una persona, en caso de notoria urgencia, poniendo en peligro su vida, se le impondrá de seis meses a cinco años y multa de de cinco a ciento veinticinco días de salario mínimo general vigente a

la zona económica de que se trate y suspensión para ejercer la profesión hasta por dos años.

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

Hace falta la inclusión de un precepto en el cual se reconozca que la responsabilidad de los médicos es mejorar la calidad de vida de los seres humanos, haciendo para ello todo lo que se pueda para disminuir el dolor y curar; y no el luchar constantemente contra la muerte, cuando el paciente sea poco menos que un muerto.

Artículo 471.- "Las penas previstas en este capítulo se aplicarán independientemente de las que correspondan por la comisión de cualquier otro delito."

Nada perdería la Ley General de Salud si se derogasen o se reformara estos dos artículos, si tan solo se le otorgara la redacción del artículo 322 del Código Penal para el Distrito Federal, conservándose como dijimos, lo referente a la reparación del daño.

Por último, no olvidemos que los médicos, también son seres humanos y como tales pueden albergar un sentimiento, egoísta o de piedad, como móvil de su acción, mismo que debería de ser tomado en consideración por el juzgador, y no solo su profesión.

En cuanto a lo que se refiere a la Jurisprudencia en México, después de una ardua búsqueda dentro de ésta, no encontramos un solo caso al cual se le pudiera reputar como eutanásico; motivo por el que este espacio queda vacío.

La eutanasia deberá ser objeto de disposiciones legales claras y precisas hasta donde sea posible. Hay que pasar del *jus cōnditum* al *jus condendum*, es decir, del derecho ya establecido, al derecho por establecer. En esto no hay gran novedad.

"A lo largo de los siglos, las nuevas situaciones han exigido siempre nuevos ordenamientos legales. Un ejemplo del momento actual y en el área de la vida y la muerte, son los trasplantes y el incipiente tráfico de órganos.

Por ahora la eutanasia queda fuera de muchos códigos legales. Esta prohibida, se le considera delito. Pero llama la atención una incongruencia: en el mundo anglosajón, sobre todo, los transgresores por concepto de eutanasia son

fácilmente absueltos, o castigados con penas muy leves. Es obvio que existe una discrepancia entre la teoría legal y la praxis⁹².

"Hasta 1997, ningún país ha legalizado la eutanasia. Ni siquiera los países bajos, como suele pensarse. Lo que sucede en Holanda es que esta acción se justifica en ciertas condiciones. Cuando un médico aplica la eutanasia, debe presentar una notificación y, una vez revisada y aprobada, este se libera de ser procesado. Ciertamente, esta tolerancia puede considerarse un paso rumbo a la legalización de tal práctica"⁹³.

⁹² RODRÍGUEZ ESTRADA, Mauro. Op. Cit. p. 80.

⁹³ KRAUS, Arnaldo y Álvarez Asunción. Op. Cit. p. 48

CAPITULO IV. LA EUTANASIA COMO ALTERNATIVA A PACIENTES CON ENFERMEDAD TERMINAL.

4.1.- Etapas por las que pasa el moribundo.

En cierto sentido, todos nosotros seremos algún día moribundos. De manera más restringida se considera moribundo a los sujetos que han llegado al fin de su vida, a los enfermos incurables y los terminales. La verdad de los moribundos es indudablemente si tomamos en cuenta la duración de la agonía; el lugar en donde muere, la edad del difunto, las causas y características del deceso, y la presencia o ausencia de otras personas.

La descripción de las etapas por las que pasa el moribundo, fueron elaboradas primeramente por la Dra. Elizabeth Kübler-Ross (1970), la cual realizó una serie de entrevistas en un hospital de Chicago a pacientes que estaban próximos a la muerte, con el fin de conocer su situación y deseos. "Según ella se pueden citar las siguientes fases:

- 1) Fase de rechazo o negación y aislamiento: a pesar de que se haya podido informar sobre su pronóstico, el enfermo niega la realidad que se le haya puesto ante sus ojos; puede tratarse de una equivocación en el diagnóstico, suplanta el hecho que se presenta.

Comienza con consternación y rechazo, así como una gran rebeldía, llevándolo a exclamar "Yo, no puede ser". A veces muestran insensibilidad, parecen totalmente inconscientes de la mala noticia contienden con el médico sobre su diagnóstico, y a veces pasan por alto las implicaciones del mismo.

El rechazo y la rebeldía pueden continuarse en forma intermitente o dominar por el resto de su vida. Pero lo más característico es que fluctúe aumentando o disminuyendo en intensidad mientras progresa la enfermedad.

- 2) Fase de ira: el enfermo se manifiesta agresivo, se pregunta ¿por qué la enfermedad le afectó precisamente a él. Con cierta frecuencia descarga esa agresividad con sus seres queridos. Es importante que éstos sean concientes de que se han convertido en el "chivo expiatorio" sobre el que vuelca la agresividad del enfermo por su propia situación y que, en realidad, su ira va dirigida contra si mismo, y no contra las personas que le están atendiendo.

Esta comienza con la ira o desesperación del paciente cuando dice: "¿porqué yo?, los estallidos de cólera también pueden ser dirigidos hacia el menú del hospital, los requisitos de tratamiento, los médicos, la familia, la vida en general, o a Dios.

Generalmente los pacientes examinan su vida pasada, sin encontrar alguna falta social o de orden moral de la que pudieran inculparse. Una sensación de injusticia, frustración o impotencia generan a su vez una sensación normal de agravio que puede llevar a períodos de amargura.

- 3) Fase de negociación: la característica de esta fase asume la proximidad de su muerte, pero pide implícitamente ciertos plazos. En personas religiosas es frecuente la oración rogando a Dios que los mantenga con vida, por ejemplo; hasta su cumpleaños, graduación o la boda de un hijo etc. Para Kübler- Ross, esta fase es muy importante, porque supone una primera aceptación de la muerte, un comenzar a mirar cara a cara a un fin que se acerca.
- 4) Fase de depresión: el enfermo pierde interés en el mundo que lo rodea; le molesta la actividad que percibe a su alrededor, se siente profundamente postrado, sin ganas de hablar, de comunicarse, de luchar.

En esta fase es cuando el paciente se enfrenta a la triste realidad, puede pasar largos ratos llorando, tener períodos in terminantes de retraimiento o incomunicación, se vuelve introvertido, en general está desgastado por el impacto de su condición. En este periodo surgen los problemas de algún acto desesperado o de suicidio.

- 5) Fase de aceptación: es la fase final del proceso en la que el enfermo asume y acepta en paz su situación. Para Kübler-Ross, lógicamente, lo ideal es que el paciente terminal pueda llegar a este estado de ánimo, para lo cual será de gran ayuda la actitud de las personas que lo rodean".⁹⁴

Se concibe como un estado que se ha alcanzado a través de un trabajoso proceso emocional, en el que se lamentan las pérdidas y se aguarda el fin con cierto grado de esperanza y resignación, se le considera como un periodo de calma y a la vez de gran latido, en el cual el enfermo ya no experimenta "ninguna sensación o casi ninguna".

⁹⁴ R. FITZPATRICK, et al. La enfermedad como experiencia. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. Fondo cultural económica S. A. de C. V. México. 1990. p. 264

Las fases de Kübler-Ross suponen que el paciente tiene información y conoce el alcance de su enfermedad. En los países europeos occidentales no es norma habitual la información sobre el diagnóstico fatal, existen numerosos reparos y prevenciones al respecto. Evidentemente esto tiene consecuencias importantes en el trato y en la asistencia que se ofrece al paciente moribundo y su familia. En general, esta incertidumbre produce conductas de inseguridad y de ansiedad.

"Para Sporken, se ha de tener en cuenta el sexo, la edad, la profesión, el tipo de enfermedad, etc. para comprender el modo integral la enfermedad y sus consecuencias psicológicas".⁹⁵

Este autor señala las siguientes fases:

-Fase primera: Ignorancia.

El paciente no sabe nada acerca de su enfermedad y por lo tanto, no se plantea ningún problema. Sin embargo, se crean dificultades en relación con la familia (que ya conoce el diagnóstico) y se incrementa progresivamente la incomunicación. En esta fase, es la familia la que más ayuda psicológica necesita. Aparece la conspiración del silencio; se evita en consecuencia, hablar con el paciente de la gravedad de su enfermedad.

-Fase segunda: inseguridad.

Esta fase se caracteriza por la esperanza y la expectativa de curación y, a la vez, por un miedo intenso. El paciente quiere salir de su incertidumbre; para salir de las dudas, hace preguntas a personas diversas con el deseo de que le aseguren que la enfermedad no es grave.

-Fase tercera: negación implícita.

El paciente percibe, más o menos conscientemente, su situación real y el desenlace de la misma; pero, a la vez, lo niega implícitamente. Incluso realiza planes nuevos; intenta empezar algo totalmente distinto de lo que hasta ahora había sido normal en su vida.

Esta negación es una opinión inconsciente a la creciente toma de conciencia del desenlace mortal de la enfermedad, algo con lo que el paciente no quiere o no puede reconciliarse.

⁹⁵ SPORKEN, Citado por R. FITZPATRICK, et al.

-Fase cuarta comunicación de la verdad.

Sporcken que no hay que comunicar obligatoriamente y siempre, la verdad de la enfermedad del paciente. Esto no significa que haya que ocultar sistemáticamente la verdad.

El sentido de la comunicación de la verdad es más un compromiso con el moribundo que una información sobre el diagnóstico y el pronóstico.

El momento adecuado para comunicar la verdad al paciente lo marcará el propio paciente. La persona indicada para tal información es el médico, ya que asume la posición central más importante en el cuidado del enfermo. Sporcken piensa que los diálogos sinceros con el paciente pueden ayudar a éstos de un momento definitivo. Existe, no obstante, una gran incapacidad para enfrentarse a la muerte.

Si se afronta la verdad, se debe estar pendiente de las necesidades psicológicas, sociales y económicas del paciente.

La información, en todo caso, debe realizarse en estudios tardíos y habrá de cuidarse el momento y la forma de comunicar la verdad.

-Fase quinta y siguientes.

Si el paciente conoce la verdad de su enfermedad, Sporcken asume que el paciente recorrerá las etapas que propone Kübler-Ross".⁹⁶

En el medio hospitalario español, el médico y la familia creen que lo ideal es que el paciente muera sin conciencia de su situación, absolutamente al margen del proceso que le afecta.

A pesar de todo lo expuesto en estos dos modelos ni la praxis médica americana ni la nuestra parecen ser la situación ideal. "La comunicación o el descubrimiento de la verdad do deberían ser ni el comienzo ni el final, sino un componente esencial de la asistencia al morir. (Sporcken, 1978)"⁹⁷

⁹⁶ *Ibidem*, p. p. 32-33.

⁹⁷ *Ídem*.

Hoy es frecuente la preocupación porque el paciente terminal muera "apropiadamente" y con dignidad; es más, se espera que el paciente siga secuencialmente las fases descritas anteriormente.

La falta de consenso sobre las fases del morir puede ser a lo subdesarrollado que está el tema.

"Cada individuo proyecta una trayectoria que espera seguir en su vida. Pattison (1977) sugiere que cada persona anticipa la duración de su vida y, en función de ella, planifica sus actividades. El individuo divide su propia trayectoria en dos partes, separadas por la crisis que origina el conocimiento de su muerte. La primera consiste en las expectativas normales sobre la muerte, después de una vida completa (trayectoria de muerte potencial).de pronto, el individuo se encuentra con un cambio en la trayectoria debido a una enfermedad mortal o un accidente grave. La vida se ha acortado y los proyectos deben replantearse en función del tiempo que queda de vida. A esta fase la llama Pattison "intervalo de vivir-morir". Este intervalo está dividido en tres fases clínicas: crisis aguda, el vivir-morir crónico y la fase terminal. La mayor ansiedad se produce cuando el enfermo conoce la inminencia de su muerte. En la fase de "vivir-morir crónico" el paciente se enfrenta con el morir y aparecen diversos temores. La fase terminal se inicia cuando el moribundo empieza a retirarse como respuesta a las señales de debilidad"⁹⁸

Aunque algunos siguen una secuencia de tales reacciones cuando están por morir, es indudable que el paso a lo largo de series de etapas predecibles no es fácil.

Comúnmente, las enfermedades mortales progresan de modo irregular. Ciertas emociones o actitudes pueden resaltar en algunas personas y no presentarse en otras. La gente puede fluctuar en diversas reacciones aún cuando su enfermedad o circunstancias no cambien relativamente.

La mayoría de los pacientes en estado terminal necesitan exponer abiertamente sus miedos, angustias y esperanzas, por eso siempre se valorará la posibilidad ofrecida de poder comunicarse.

Lo anterior no sucede con el personal médico, los cuales no mantienen una adecuada relación médico-paciente terminal, por sentir lástima, o por sentirse

⁹⁸ Ídem.

temerosos de involucrarse con el enfermo. Lo mismo ocurre con los capellanes religiosos, que en general tampoco se relacionan con el enfermo; acuden al ser llamados, pero con mucha frecuencia se limitan a pronunciar oraciones o leer textos sagrados.

4.2.- Conducta ante enfermedades terminales.

La muerte y el morir nos tocarán muy de cerca de todos, tarde o temprano, por lo común como testigos de la enfermedad de alguien cercano a nosotros, y por último cuando nuestra propia vida toque a su fin. Aunque el morir sea universal y simple en ciertos aspectos, es también inseparable de las complejidades del deseo de vivir. El enfrentar enfermedades mortales exige cierto tipo de conductas, así pues, contar con un marco y con límites. Considerando primero *quién* enfrenta, a *qué* se enfrena y *cómo* se enfrenta. El *cómo* incluirá lo *bien* que se desempeña la gente, aún cuando no hay criterios invariables que permitan juzgar si se esta enfrentando bien o mal esta cuestión.

Quién enfrenta cuando un miembro de la sociedad muere, es algo a lo que hay que dar unos límites arbitrarios. El moribundo es el individuo clave, pero la familia es parte integral de la situación, en particular los parientes de primer grado. Más allá de estos factores centrales hay muchos otros; en cierta medida, incluiremos profesionales, como lo son: enfermeras y médicos los cuales suelen influir profundamente en la calidad de la enfermedad final. El ejercicio de su profesión no oculta el hecho de que son individuos que también deben enfrentar; en realidad, sus actitudes personales ante la vida y la muerte afectarán materialmente su conducta profesional. Los vacíos, al igual que cualquier otra omisión en la atención de los moribundos, reflejan necesidades inmediatas y terrenos en que por desgracia no hay evidencias adecuadas.

¿A *qué* se enfrentan el paciente y los demás? La gente puede tener una enfermedad mortal durante meses y años sin que afecte aparentemente su vida. Les afecta igual que a cualquiera que sólo tiene conocimiento de su índole mortal. El problema que significa enfrentarla no se presenta hasta que el trastorno se manifiesta y posteriormente se reconoce su naturaleza mortal. En la fase terminal, cuando la salud ya está muy minada es de suponer que se presenten síntomas graves.

Hay que enfrentar no sólo las consecuencias inmediatas de la enfermedad sino también sus efectos secundarios, entre los cuales figurarán, por ejemplo, la necesidad de guardar cama, quizá efectos laterales del tratamiento o las consecuencias de abandonar el hogar para internarse en el hospital. Estos cambios significarán exigencias para el paciente y otras personas.

Otros efectos secundarios de la enfermedad son los cambios emocionales que se asocian con los síntomas primarios, un ejemplo de ello es el miedo al dolor recurrente. Si las emociones se vuelven angustiosas será preciso enfrentarlas.

En tercer lugar, además de tener que soportar una enfermedad grave, se haya el hecho de que está por terminar la vida del individuo. Es probable que el mismo paciente comprenda que no vivirá mucho. Toda la familia se halla frente a una separación y ante las pérdidas que ello significa.

Dos elementos contiene el *cómo* la gente enfrenta una enfermedad terminal. "Lo bien" que la enfrente lo consideramos un término del grado de tensión que experimente o de las emociones que muestre en respuesta a la angustia experimentada. "Cómo", refiriéndose a la estrategia o tácticas empleadas, será un elemento que consideramos por las medidas adoptadas comúnmente para reducir la tensión o para hacer tolerable el dolor.

Cuando los pacientes saben o conocen su diagnóstico, sus conductas pueden ser diversas, pero con puntos similares entre sí; así tenemos que los pacientes presentan ansiedad generalmente extrema, con pánico y fobia, rechazos a aceptar el diagnóstico o el tratamiento que aminore su malestar y les haga más llevadero el último periodo de la enfermedad, tienen una conducta agresiva, una gran hostilidad a todo tipo de trámite administrativo, por ejemplo; un consentimiento para una operación, se sienten con una gran desesperanza y enormes deseos de morir, que a veces esta actitud se acompaña con tendencias al suicidio.

Al tener un pleno convencimiento de su desahucio sienten una impotencia y una gran infelicidad los embarga y llegan a creer que los analgésicos no les producen casi alivio, es entonces cuando se les ve con un marcado grado de ansiedad, también se ha visto que experimentan sentimientos de culpa, delirio, psicosis ç, además de diversos desórdenes neurológicos y metabólicos ajenos a la enfermedad, casi todos estos síntomas, repito, en quienes más se han observado es en pacientes terminales.

4.3.- Importancia psicológica en el paciente sobre la aceptación de su padecimiento.

La cuestión psicológica en el paciente terminal o desahuciado es importantísima al grado de que en la actualidad hay autores que hablan de que "sin lugar a dudas, existe una urgente necesidad de que la sociedad trascienda los

niveles de la muerte biológica y cerebral, para reconocer la muerte psicológica; esto es la muerte de un individuo como persona conciente⁹⁹ o sea que esto se refiere al paciente comatoso o al canceroso que, ya en su fase terminal y debido a los anestésicos y tranquilizantes que le son administrados para calmar sus severos dolores, lo mantienen en estado de inconciencia.

El problema psicológico del paciente empieza antes de que entre en estado de inconciencia, ya que se ha comprobado que desde que el paciente tiene ciertos síntomas y/o desde que nota ciertas conductas reservadas o extrañas en sus familiares o médico, éste experimenta una serie de cambios en su conducta, (como lo hemos venido analizando en puntos anteriores) tiende a gravar o a exagerar sus malestares, a decir que tiene otros nuevos, etc., y todo esto antes de saber que padece una enfermedad incurable.

Lo que normalmente se observa antes de que progrese la enfermedad los pacientes expresan varios temores, como son; la pérdida de la autonomía, el de convertirse en una carga, el de estar físicamente repulsivo, básicamente su temor radica en el tener que enfrentarse a lo desconocido, y algunas otras preocupaciones; pero cuando se compararon estas fobias con un grupo de pacientes se noto que predominan tres de ellas: el abandono por los demás , dolores intolerables y finalmente muerte por asfixia.

En la enfermedad terminal se toman decisiones múltiples y complejas y con frecuencia esta restringida la participación del paciente debido al mal estado general, a la información que conoce o al estado de sus funciones mentales. Por ello, los tratamientos o cuidados médicos o de enfermería están condicionados a las manifestaciones clínicas, siendo necesario que la responsabilidad sea tomada por el equipo médico, la enfermera y, al mismo tiempo, el enfermo y la familia.

En este punto sobre los aspectos psicológicos del enfermo terminal se han descrito con anterioridad una serie de etapas psicológicas en el proceso de la enfermedad grave que conduce a la muerte, las cuales forman un conjunto evolutivo y algunas veces ocurre de modo simultáneo.

⁹⁹ PAGÁN PINEIRO, Regino. La eutanasia como factor atenuante en la penología moderna. Vol. XII, Revista Jurídica de la Universidad interamericana de Puerto Rico, Fac. de derecho, 1978. p. 476.

En el enfermo terminal, pueden predominar la frustración, la depresión y el temor aunque siempre existe un resquicio por donde se descubre la presencia de una gran esperanza, habitualmente mantenida hasta casi el final, cuando deja paso a la aceptación de la muerte como algo irremediable.

El médico y la enfermera deben estar atentos para comprender, por las pequeñas pistas que proporciona el enfermo, su estado anímico.

El enfermo tiene derecho a conocer la enfermedad que padece, y todos se lo reconocen, pero a ello se añade otro elemento que a veces se contrapone; el que supone que el enfermo no está preparado para recibir la noticia que podría ser contraproducente y, en consecuencia, se le oculta la realidad de su mal. En la práctica se sabe o se supone que en bastantes ocasiones la dura verdad resulta perjudicial y se opta por no dar información.

Hoy día, los pacientes y sus familiares reclaman más información y con frecuencia el médico se ve urgido a comunicar más y más datos. En este tema no se pueden dar normas fijas. Hay enfermos que "exigen" conocer en cada momento toda la verdad y los que nunca hacen preguntas porque prefieren no enterarse del mal que padecen. Es necesario averiguar lo que el paciente quiere saber para evitar dar información no querida.

Una vez que el diagnóstico ha sido comunicado, el médico debe estar preparado para cualquier reacción psicológica de éste.

"Es fundamental prestar apoyo a los enfermos terminales contra la ansiedad y la depresión mediante la comunicación (siempre) y los medicamentos (a veces); se recomienda una serie de objetivos fácilmente alcanzables que les ayuden a mantener la conexión con la realidad proporcionándoles mecanismos de defensa contra el temor y la ansiedad. Estos objetivos son: la atención a la higiene y el cuidado personal, la alimentación, la conversación con amigos y visitas, la movilización y el descanso, presentando como logros y esfuerzos"¹⁰⁰.

Uno de los principales aspectos psicológicos a afrontar en el tratamiento del enfermo terminal se refiere al tiempo de supervivencia. Es necesario convencer a los familiares y personas que rodean al paciente, de la inevitabilidad y la naturaleza fisiológica del evento. El tiempo que le resta al paciente debe emplearse en tratamientos médicos paliativos y en otro tipo de asistencia realizada por familiares adecuadamente instruidos.

¹⁰⁰ R. FITZPATRICK, et al. Op. Cit. p. 30

Tenemos también, que la vida de una persona le es detectado el VIH, así como la de los familiares, cambia a partir de que éste es diagnosticado, y se intensifica cuando la enfermedad se desarrolla, pues debido a la susceptibilidad que durante esta fase existe la de contraer otras infecciones o enfermedades que pueden ser mortales es imprescindible extremar los cuidados tanto médicos como psicológicos.

Así como el conocimiento del diagnóstico provoca distintos sentimientos y comportamientos entre los familiares de la persona afectada por este virus, la evolución de la enfermedad, la mayoría de las veces, da lugar a conflictos desafortunadamente difíciles de evitar y que tristemente pueden influir en el estado emocional y físico del enfermo.

El contar con un familiar enfermo de SIDA no es fácil, más aún cuando se carece de los medios necesarios para enfrentar los gastos que esta situación genera, tales como la compra de medicamentos y la situación médica.

Las familias también son víctimas de procesos de estigmatización por las enfermedades nuevas como lo es el SIDA entre otras, por lo que comúnmente, al ser interrogadas por el estado de salud del familiar enfermo prefieren utilizar el término de cáncer en lugar del de SIDA.

En ocasiones, la solidaridad se ve obstaculizada, más que negada, por factores objetivos. En esta medida la ausencia de apoyo no necesariamente implica discriminación. Esto se observa cuando los integrantes de la familia dejan de visitar al enfermo en el hospital o brindarle atención.

A todo lo anterior, hay que añadir que la naturaleza del proceso de la enfermedad conduce a la persona en estado terminal a un completo deterioro físico lo cual hace más difícil su cuidado.

¿Qué es lo que le preocupa más al paciente terminal: morir, perder la autonomía, sentir resquebrajada la dignidad o padecer el dolor? La respuesta definitiva varía: cada individuo es diferente y cada quien enfrenta temores distintos.

4.4.- Certificación y diagnóstico de desahucio o enfermedad terminal.

El diagnóstico de desahucio consiste en determinar el carácter de una enfermedad orgánica que verdaderamente es de sufrimiento grave, sin

esperanzas de recuperación o cura posible y que ineludiblemente conducirá al paciente a la muerte.

Los medios utilizados para llevar al diagnóstico de desahucio son de clínica médica, ayudados por exámenes de laboratorio, radiografías, medicina nuclear, ultrasonido y estudios de tomografía estáticos y dinámicos.

Desde el punto de vista médico es importante definir cuales son los padecimientos o las situaciones que en relación al conocimiento y al avance tecnológico de esta ciencia hoy en día pueden ubicarse ante la ejecución de la eutanasia activa o pasiva.

No solamente deben considerarse las situaciones en base a las circunstancias actuales, sino que debe tomarse en cuenta el camino que lleva al desarrollo médico y los enfoques que se estarán practicando en los próximos 10 a 20 años.

"En la actualidad son dos básicamente las circunstancias en las que se puede observar claramente la decisión médica, la del paciente y/o la de sus familiares en la alternativa de intervenir ante el proceso de la muerte, con sus implicaciones médicas, jurídicas y éticas tales circunstancias son: "el estado de coma" y el que se ha denominado "el paciente en estado terminal"; ambos padecimientos quedan enmarcados en el término de lo irreversible, es decir, su evolución desde el punto de vista médico conduce indefectiblemente a la muerte".¹⁰¹

Las características que presenta el enfermo en estado o fase terminal son: sufre dolor intenso, falta de apetito, hipo, constipación, diarrea, disnea, boca abierta o adolorida, tos, frecuencia urinaria o incontinencia, prurito, insomnio, confusión, ansiedad, depresión y en algunos casos agresividad y convulsiones.

El desahucio en un "estado de coma" actualmente se realiza cuando se diagnostica muerte cerebral, cualquiera que sea la causa de esta (coma hepático o encefalopatía hepática, insuficiencia renal, choque septicémico, politraumatismo, tétanos, status epilepticus, hidrofobia, choque hipovolémico, etc.). Y en este caso se acepta como válido el diagnóstico de muerte del paciente.

Según el criterio de la Iglesia católica desde 1958 por Pío XII y después por las declaraciones hechas por el vaticano en 1980, se autoriza "la suspensión del tratamiento que prolongara la vida cuando la muerte es inminente". "Y es en esta misma situación en la que la reglamentación sobre los trasplantes de

¹⁰¹ ARZAC PALUMBO, Pedro. Apuntes de "Diagnóstico de desahucio", México. P. 3

órganos puede entrar en acción de acuerdo a la Ley General de Salud",¹⁰²Título Decimocuarto: "De la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos". En estos casos la situación es definida, el diagnóstico es preciso y la decisión médica, así como la de los familiares del paciente no debe acarrear ningún problema ni desde el punto de vista moral ni ético.

Todos estos criterios expuestos no sólo han sido aceptados en el extranjero, sino que en México también, los aprobó la Academia Nacional de Medicina, y se encuentran regulados en la Ley General de Salud vigente.

Por todo esto se considera que el enfermo en estado terminal es el que plantea en ocasiones decisiones difíciles de evaluar, estos se caracterizan por tener un padecimiento crónico progresivo que en semanas o meses lo conducirá inevitablemente a la muerte, y este tipo de enfermos puede ejemplificarse con los cancerosos y los ancianos que desarrollan un "síndrome de demencia progresiva" que los invalida física y mentalmente.

Los enfermos que padecen cáncer no han respondido al tratamiento aplicado, el mal se va extendiendo a todo su cuerpo deteriorándolos progresivamente, siendo presos de intensos dolores, además de otro tipo de molestias que pueden presentar tales como falta de apetito, estreñimiento, hipo, etc., síntomas que en páginas anteriores mencioné, pero es conveniente hacer hincapié en que la intensidad del dolor que sufren, está muy relacionada con su estado de ánimo, la ansiedad y la depresión, tienen un efecto muy marcado en el umbral del mismo, por eso se dice que cuando el paciente tiene dolor intolerable y está profundamente deprimido no goza en ese momento de una mente sana y clara, y por tanto es imposible que pueda decidir sobre su situación.

El enfermo anciano que desarrolla un "síndrome de demencia", ha perdido ya sus capacidades intelectuales y su función mental se ha reducido a niveles muy primitivos; su estado de vegetación va aumentando con el tiempo así como la dependencia de todas sus funciones corporales.

En los ejemplos anteriores se ilustran claramente dos enfermedades en las que actualmente la posibilidad de curación no existe, por ello caben dos opciones: practicar la eutanasia activa o realizar un constante control, dar una ayuda médica permanente psicológica, física, y socialmente a estos enfermos, para que lo que les resta de vida estén serenos dentro de lo posible, y sin tanto sufrimiento hasta el momento de su muerte, ya que hoy en día existen potentes

¹⁰² Ley General de Salud de los Estados Mexicanos, 1984.

analgésicos del orden de los tranquilizantes, que realizan ambas funciones: mitigar el dolor y tranquilizar al paciente.

Los enfermos en estado terminal usualmente no pueden ser atendidos en su casa, o en los Hospitales Generales y por tanto requieren de un hospital especializado o de las casa hogar experimentadas en enfermos terminales, tal como ocurre en Inglaterra y los Estados Unidos de Norteamérica.

Desde 1967 en Inglaterra, el Hospital de St. Christopher inició sus labores enfocadas precisamente a la atención y al cuidado de ésta clase de pacientes.

En Estados Unidos de Norteamérica por su parte, existen actualmente 800 hospicios que luchan y se especializan en el cuidado del enfermo terminal. Estos hospitales tienen personal entrenado en el manejo de todos los problemas que tiene los enfermos.

El objetivo de estos hospitales es el de mantener la vida del desahuciado, mental y emocionalmente estable, para que lleguen a la muerte lo más tranquilos posible y sin sufrimientos o casi sin ellos. Este tipo de hospitales desgraciadamente no existen en nuestro país actualmente, y se nota con tristeza que tampoco hay suficiente personal entrenado en el cuidado del paciente terminal.

4.4.1.- Enfermedad y enfermo terminal.

Aún cuando hay diversos indicadores clínicos y de laboratorio que permiten sospechar que un enfermo morirá, el concepto "paciente terminal" puede ser equivocado.

"La definición idónea debería precisar cuándo y de qué fallecerá el enfermo, cuántos de los fármacos utilizados son indispensables para que siga viviendo y cuál es la importancia de cada uno de los aparatos que lo mantienen con vida-suele decirse "artificial. Ideal sería también saber cuándo el sufrimiento es realmente insoportable, cuándo el enfermo considera que su vida carece de dignidad y cuándo la familia, por egoísmo, problemas económicos o inmadurez, no es capaz de seguir atendiendo a su ser querido".¹⁰³

En las últimas décadas ha aumentado considerablemente el número de casos de enfermos terminales, debido a la tecnificación de la medicina y al

¹⁰³ KRAUS ARNOLDO y Álvarez Asunción. Op. Cit. p.31-33.

progreso de ciencias en general, así como al aumento del nivel de vida en los diferentes países de nuestro entorno.

El prototipo de enfermo terminal es el enfermo canceroso aunque hay otras enfermedades que también llevan al enfermo a una muerte segura en un periodo de tiempo no lejano y cuya atención presenta matices diferentes a los que parecen en el enfermo canceroso.

Aun cuando hay diversos indicadores clínicos y de laboratorio que permiten sospechar que un enfermo morirá, el concepto "paciente terminal" puede ser equivocado por eso consideramos conveniente aclarar el significado.

El término "incurable" no es sinónimo de "terminal"; el primero se refiere a la imposibilidad de mejorar o superar la enfermedad, mientras que el segundo solo indica la cercanía de una muerte inevitable, aunque la enfermedad por su naturaleza pueda ser curable así, podemos encontrar enfermedades incurables terminales –un cáncer con metástasis, y enfermedades en principio curables pero que han llevado al paciente a un estado crítico –una grave neumonía con depresión inmunitaria, por ejemplo.

Otro término es el de estado vegetativo persistente; los pacientes en este estado pertenecen a la categoría de incurables incapaces, aunque no necesariamente son terminales; son pacientes con una pérdida de conciencia permanente.

En nuestro estudio nos referimos a los enfermos incurables terminales; a los enfermos en estado crítico, es decir, aquellos a los que amenaza una posible muerte inmediata pero no cierta, se les deberá dar los cuidados máximos.

"Los enfermos terminales o enfermo en situación terminal, como prefiere llamarles la doctora Cecily Saunders",¹⁰⁴ fundadora del movimiento de los "Hospices", son los que se enfrentan a una muerte inexorable en breve plazo.

"Según Dunstan, el estado terminal de una persona describe el período en que, no habiendo posibilidad de remedio o remisión, el único destino posible de la enfermedad es la muerte del paciente. El cuidado terminal debe dirigirse entonces al cuidado de la persona que va a morir pero no a la cura del estado fatal."¹⁰⁵

¹⁰⁴ CECILY SAUNDERS, Citada por R. FITZPATRICK, et al.

¹⁰⁵ DUNSTAN, Citado por R. FITZPATRICK, et al.

"Holford, afirma que los cuidados terminales se refieren al tratamiento de aquellos pacientes en los que se prevé que la muerte es segura y en un plazo no lejano, y para el cual se ha abandonado el esfuerzo médico terapéutico para concentrarse en el alivio de los síntomas y en el apoyo tanto al paciente como a su familia".¹⁰⁶

El inicio del estado terminal comenzaría, según afirma Saunders, en el momento en el que el clínico dice "ya no hay nada que hacer" y comienza en muchos casos, a retirarse de su paciente.

Según Calman, la enfermedad terminal en los pacientes cancerosos se establece cuando a estos pacientes se les ha diagnosticado con exactitud, que la muerte no parece demasiado lejana y el esfuerzo médico ha pasado de ser curativo a paliativo. Es necesario tener en cuenta las siguientes consideraciones:

1. Que el diagnóstico establecido es firme y que los síntomas y signos presentes están relacionados con la enfermedad maligna progresiva, y no, primeramente, con condiciones que no son terminales.
2. Que es posible predecir, en cierto modo, el momento de la muerte.
3. Que la terapia anticancerosa convencional se ha empleado correctamente.

Myers dice que el poder afirmar que un paciente se halla en etapa terminal es complicado, siendo necesario para ello que el médico se haga las siguientes preguntas, referidas a un paciente canceroso pero que pueden servir de modelo para enfocar cualquier otra enfermedad.

1. ¿Tiene el paciente una historia y un examen físico completo?
2. ¿Hay señal histológica de cáncer?; ¿dónde está su localización primaria?
3. El problema actual, ¿está causado por un segundo cáncer primario?
4. ¿Cuál es la extensión de la enfermedad?
5. ¿Qué complicaciones médicas hay causadas por el tumor o independientes del mismo?

¹⁰⁶ HOLFORD, Citado por R. FITZPATRICK, et al.

6. ¿Cuál es el tratamiento anterior?; ¿resultó adecuado o ineficaz?

7. El proceso patológico, ¿es activo y progresivo o crónico y estable?

Según el autor la contestación a estas preguntas es fundamental para estimar debidamente la enfermedad, sobre todo para saber si se ha incluido al enfermo en la categoría de paciente en etapa terminal, estando en este caso la muerte cercana por una enfermedad progresiva, inexorable y diseminada, que no puede interrumpirse o involucionar según el estrado actual de conocimientos.

Para Gil y Cols, la enfermedad terminal, mejor enunciada como síndrome terminal de enfermedad, se define como es estado clínico que provoca expectativa de muerte en breve plazo, presentándose comúnmente como el proceso evolutivo final de las enfermedades crónicas progresivas cuando se han agotado los remedios disponibles.

Las enfermedades más frecuentes que conducen al síndrome terminal son las siguientes:

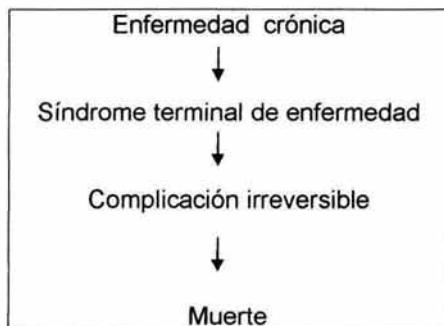
1. Cáncer (VIH, SIDA).
2. Enfermedades degenerativas del sistema nerviosos central.
3. Cirrosis hepática.
4. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
5. Arterioesclerosis (hipertensión arterial, miocardiopatía, diabetes, senilidad).

Según estos mismos autores los criterios diagnósticos del síndrome terminal de enfermedad incluyen:

1. Enfermedad causal de evolución progresiva.
2. Pronóstico de supervivencia inferior a un mes.
3. Estado general grave.
4. Insuficiencia de órgano, única o múltiple.

5. Ineficacia comprobada de los tratamientos.
6. ausencia de otros tratamientos activos.
7. Complicación irreversible final.

Uno de los aspectos más delicados en el diagnóstico del síndrome terminal de enfermedad es la imprecisión clínica: existen errores de diagnóstico y pronóstico, estabilización cercana a la fase de insuficiencia y estados terminales muy prolongados. La prudencia médica aconseja mantener una actitud expectante ya que la enfermedad terminal puede reversiblemente pasar a un estado crónico de duración imprevisible donde todavía existe algún tratamiento. Desde la nueva situación puede aparecer una complicación que conduce a su vez al estado terminal.



Las complicaciones irreversibles finales (infecciones graves y sepsis, fallo respiratorio, hipotensión severa, y oligo-anuria, embolia pulmonar, coma metabólico, hemorragia grave y abdomen agudo) no tienen posibilidad de recuperación en el contexto de la enfermedad terminal y su tratamiento en este caso es impracticable o se halla contradictorio.

Cuando se cumplen los criterios del síndrome terminal de enfermedad previamente enumerados, no se debe o no se puede indicar el tratamiento quirúrgico, la reanimación cardio-respiratoria, el uso de respiración artificial, la hemodiálisis renal u otras maniobras en razón de la ineficiencia e impracticabilidad del método de los riesgos inherentes al mismo.

4.4.2.- Atención paliativa y curativa.

En la actualidad, la practica desenfrenada del ensañamiento terapéutico, cruel e inútil prolonga la vida a cualquier precio.

Es a bien que el ideal consiste en vivir los últimos instantes de nuestra existencia lúcidos, cómodos y de forma digna. El querer impedir que el paciente sufra es, desde mi punto de vista, lo más importante que se le puede dar a una persona en el umbral de su existencia y más aún si dicha persona se encuentra en una fase terminal. El dicho que reza: "El dolor engrandece al sujeto" es bastante deprimente, creo que hay muchas cosas que hacen de una persona digna de reconocimiento ante los demás.

En la práctica médica, cuyo objetivo es aumentar o mantener el nivel de comodidad del paciente ya sea mientras llega la mejoría clínica y otras mientras progresa la enfermedad.

El objetivo de se los cuidados paliativos no es alargar la vida innecesariamente, pero tampoco se proponen anticipar la muerte, se trata de obtener el máximo de calidad de vida mientras exista.

Los principios básicos son la atención integral, individualizada atendiendo a las necesidades físicas, emocionales, y sociales de los enfermos, la consideración a éste y a la familia como unidad que hay que tratar, la promoción de la dignidad y la autonomía del paciente definida por él mismo. El enfermo, la familia y sus necesidades se convierten en el eje de la atención.

Los instrumentos son: el control del dolor y de otros síntomas, el apoyo emocional y la comunicación; estableciendo una interrelación cuyo ritmo, espacio interlocutorio deben ser definidos por el propio enfermo. Para ello, se considera que deben ser practicados por un equipo interdisciplinario, en el que participan médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, etc....

Los cuidados paliativos pueden definirse como la serie de acciones médicas encaminadas a tratar y prevenir el dolor y otros síntomas desagradables en cuya enfermedad ya no responde al tratamiento curativo.

"Según Robert Zittoun, cuando se trata de enfermos terminales es esencial reconocer las diferencias entre atención paliativa y curativa. La

especialidad de este médico francés es la hematología por lo que recibe con frecuencia enfermos con padecimientos muy graves como leucemias y linfomas. Aunque algunos de los pacientes recuperan la salud, son muchos los que mueren. Su experiencia en la atención de enfermos en fase terminal lo sensibilizó a las necesidades de estas personas y lo llevó a promover la fundación de un centro de cuidados paliativos".¹⁰⁷

Los cuidados paliativos buscan proporcionar al paciente que padece una enfermedad incurable la mejor calidad de vida posible.

La distinción entre atención paliativa y curativa se reduce a que una se dirige a aliviar y otra a curar. Sin embargo, aún sabiendo que un paciente no tiene cura, su tratamiento puede variar mucho según el enfoque del médico –aplicado advertida o inadvertidamente. "Zittoun señala algunos puntos fundamentales en los que se oponen los cuidados paliativos y curativos

1. En los primeros se busca la calidad de la vida, mientras que en los segundos, su prolongación;
2. Los primeros se derivan de un acercamiento multidisciplinario que da gran importancia al aspecto psicológico, en tanto que los segundos se apoyan básicamente en los avances de la tecnología médica;
3. Los primeros consideran la muerte un desenlace normal de la vida, mientras que los segundos la creen un fracaso".¹⁰⁸

Es cierto que algunos médicos pretenden obcecadamente curar lo imposible, pero también lo es que no siempre resulta fácil definir cuándo ha llegado el momento de suspender las acciones curativas para emprender las paliativas. Esta dificultad podría salvarse si se establecieran a tiempo ciertas condiciones para facilitar la transición. Por ejemplo, si se reconoce la importancia de atender los aspectos psicosociales en los cuidados paliativos, ¿por qué no hacerlo desde antes? O bien, si se toma en cuenta que para el paciente un tratamiento paliativo significa el fin de la esperanza de curación, ¿cómo prepararlo para no pasar abruptamente de una información que asegura grandes esperanzas a otra en la que todas han desaparecido? Convendría presentar, desde un principio, lo que realmente se considera posible e ir comunicando, de manera gradual, lo que empieza a preverse como una curación imposible.

¹⁰⁷ KRAUS, Arnoldo y Álvarez Asunción. Op. Cit. p. 28-29.

¹⁰⁸ Ídem.

Una de las limitaciones de la práctica médica es desconocer las necesidades de los enfermos que van a morir. En otras épocas, la función del médico incluía la atención emocional y espiritual. El doctor familiar era el único que se encargaba del cuidado de sus pacientes. No se requería diversos especialistas, ocupados de diferentes órganos, interesados más en resolver los enigmas de las disfunciones, que en el enfermo. Predominaba la relación que permitía atender esas otras experiencias humanas, como lo son: el dolor, el sufrimiento, y la proximidad de la muerte.

Sin menospreciar lo ganado con el avance del conocimiento, hemos de cuidar esas necesidades de los pacientes ante las cuales los médicos siempre tendrán algo que ofrecer como lo es el poder consolarles cuando no se pueda curar.

Cuando el médico comprueba que las acciones terapéuticas son inútiles para curar la enfermedad, aun tienen mucho que ofrecer al paciente por medio de los cuidados paliativos. Para ello es preciso que se mantenga a su lado y que valore la importancia de dirigir sus esfuerzos a disminuir el sufrimiento del enfermo.

4.4.3.- Suspensión total de tratamientos terapéuticos.

Dentro del ejercicio médico han surgido situaciones a las que no suelen acostumbrarse, como lo es el caso de la muerte, un hecho universal, natural y seguro, que cuando es inevitable tienen que desistirse de buscar la recuperación del enfermo y aceptar que se va a producir el deceso.

Conviene hacer mención de que los pacientes graves son de dos tipos fundamentales: "los enfermos en estado crítico, que son enfermos agudos con definidas posibilidades de recuperación y a quienes el proceso patológico ha inducido cambios fisiológicos y bioquímicos que lo ponen en riesgo de morir, y los enfermos en estado terminal, cuya muerte se considera inevitable en una fecha muy cercana (horas, días o pocas semanas) el cual debe ser atendido y cuidado en el sitio más adecuado y por las personas que puedan ofrecerle el mayor beneficio durante el postrer trance de su vida."¹⁰⁹

Cuando se trata de un paciente en estado crítico con posibilidades de recuperación, se aplican todos los conocimientos, habilidades técnica, a fin de

¹⁰⁹ CASTILLO VALERY, Alfredo. Ética Médica Ante el Enfermo Grave s/e, Editorial Jims. España. 1986. p. 105.

poder recuperarlo de su sufrimiento y enfermedad, tratando de conseguir su bienestar físico. Los médicos están cumpliendo con su obligación fundamental, que es la de ayudar a la persona enferma, en este caso promoviendo la restitución de la salud perdida e impidiendo la muerte.

Las medidas extraordinarias de preservar la vida son todas las intervenciones terapéuticas que para su puesta en práctica se requieren excesivos gastos, sufrimiento u otros inconvenientes, o aquellos que si son usados. No ofrecerían una razonable esperanza de mejoría.

El enfermo en estado terminal que se encuentra en terapia intensiva, está bajo tratamiento que suele incluir el uso de respiradores mecánicos que suelen complementar la función de oxígeno a través de un tubo colocado en la tráquea, sedación, monitoreo de funciones vitales, vías intravenosas para la administración de líquidos, nutrientes y medicamentos. Lógicamente, en estas condiciones, las posibilidades de comunicación con el enfermo son muy escasas, so no es que nulas y no es posible por lo general, obtener algún consentimiento de parte de él para la toma de decisiones en relación con la limitación de medidas terapéuticas, y si a pesar del tratamiento intensivo no se logra que haya una recuperación del paciente, surge la disyuntiva entre seguir aplicando la terapia o, como medida extrema, la imposición de la eutanasia con o sin consentimiento del enfermo.

La aplicación de nuevas medidas terapéuticas (también llamado encaminamiento terapéutico) trae consigo más sufrimiento para el paciente y su familia ya que únicamente el primero sabe lo que siente, no así el personal médico y la mayoría de nosotros, no lo hemos experimentado en carne propia.

Cuando se atiende a un enfermo sin posibilidades de recuperación, pero utilizando todos los recursos tecnológicos, en realidad lo que se hace es alargar el proceso de morir lo cual para nosotros difícilmente puede ser considerado como humanitario. Pero si unido a eso, como es habitual, se le prolonga el sufrimiento a él y a sus familiares, y se incrementan los gastos originados por la enfermedad, se está promoviendo una serie de desvalores entre los cuales está el coartar el derecho de la persona para decidir la forma y el momento de su muerte.

La terapéutica médica comprende toda la actividad que dentro del campo clínico desarrolla el médico para beneficio del paciente. Esta actividad constituye su misión, entendiéndose para tal, al conjunto de funciones que le toca realizar cuando tiene a su cargo a una persona enferma.

Las funciones primordiales son de orden curativo, de alivio, preventivas, de apoyo, consuelo y compañía. También le corresponde cumplir una adecuada relación con los familiares del paciente por medio de la ayuda, información y

psicoterapia. Con ello logra colaboradores eficaces a la vez que tranquiliza el grupo familiar, cuestión que es muy importante, cuando más crítica sea la situación del enfermo.

El verdadero límite de la terapéutica médica la constituye el momento en que el médico deja de hacer por el paciente, y este momento lo integra el fin de la existencia del enfermo, el de la muerte. Hasta ese instante pueden adecuarse las medidas de tratamiento a las necesidades de la persona en condición de paciente terminal.

4.5.- Trato que se les da a los pacientes con enfermedades terminales.

Las enfermedades siempre han provocado temor a la humanidad. Temor que es aún mayor cuando se trata de enfermedades que son nuevas, ya que inicialmente se desconoce su origen, no se sabe cómo enfrentarlas, cómo protegerse de ellas, ni su curación.

Desde la antigüedad este miedo se presenta se presenta sobre todo con las epidemias, es decir, enfermedades que por ser contagiosas se propagan entre la población afectando a un gran número de personas. Esto ha sucedido en su tiempo con la viruela, la peste, el cólera, la lepra, la fiebre amarilla y otras infecciones.

En todas las épocas el miedo y la ignorancia de esas enfermedades han ocasionado, en algunos casos, el mal trato y la culpabilidad de las personas que lo padecen. Se les ha adjudicado su origen a los malos espíritus, a la posesión del demonio, al castigo divino o a su "mal comportamiento, y como es en el caso de los enfermos de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), a los cuales se les ha tratado con torturas, estigma, rechazo, marginación, aislamiento, exorcismos, etc.. Toda la problemática que envuelve a esta enfermedad: el impacto de su aparición tan inesperada, la estigmatización y culpa de quienes lo padecen, la ignorancia que gran parte de la población tiene de ella, los estragos que provoca al cuerpo humano, su incurabilidad y su alto índice de mortalidad, entre otros aspectos, han proporcionado temor entre la población, por lo que ante el riesgo del contagio se prefiere alegar a quienes lo padecen.

Los pacientes terminales, paralelamente a la agonía del adiós suelen desgastarse más por las heridas a su autonomía y a su dignidad.

Cuando emerge la pregunta "¿es necesaria la eutanasia?", la respuesta debe abarcar dos ámbitos. El del individuo y el que agrupa a la comunidad ya la sociedad. Es común escuchar que la eutanasia es innecesaria porque siempre hay vías para ayudar al enfermo terminal. Se habla de analgésicos potentes, equipos

médicos sofisticados, movimientos de hospicio y sobretodo, de la santidad de la vida. Lo anterior presupone que todo enfermo podrá fenecer en condiciones óptimas, las cuales son difíciles de definir. ¿Para quién se consigue la muerte serena: para la profesión médica, la familia o el moribundo? La respuesta deseable es que sea para este último. Los primeros son sólo parte del escenario, para ellos la muerte está presente a través del otro.

“Son incontables los casos en que la ciencia puede menos que el mal y la sociedad más que la familia o el personal médico. De hecho, enfermos que entran en fases terminales, pero contaron con tiempo suficiente para cavilar respecto al final, han explicado en entrevistas que uno de los mayores temores es la pérdida de la dignidad. Dependencia, atropello de la individualidad, incontinencia, imposibilidad para alimentarse y asearse, dificultad para moverse, desfiguración del físico y pérdida de la voz, son algunas de las constantes que afligen y abochornan a los enfermos. La sociedad cumple sin duda un papel similar. La cuestión que anteriormente nos hicimos, “¿es necesaria la eutanasia?”, germinó a partir del miedo a morir aislado, con dolor y en condiciones indignas”.¹¹⁰

El paciente terminal debe saber cuál es su futuro. Así podrá ser copartícipe de las decisiones esenciales.

“la forma en que mueren los pacientes permanece en la memoria de aquellos que sobreviven”.¹¹¹

4.6.- Responsabilidad médica: profesional y legal.

Cuando la gente acude en busca de ayuda médica es porque se ve afectada en los dos aspectos más importantes de su existencia: su salud y su vida.

El vínculo tradicional entre médico y paciente tiene un carácter único que no existe en ninguna otra relación humana. Esta notable cualidad se debe a la rapidez y fuerza con que se desarrolla un sentimiento de simpatía mutua entre ellos. Lo cual se traduce como una sensación de confianza y fe hacia la imagen paternal del doctor. Sin embargo esta clase de relación tiene ciertos inconvenientes. La actitud paternalista del médico lleva consigo una sensación indeseable de conocimiento absoluto, lo cual se fundamenta en el hecho de que cree que el paciente no puede comprender, o saber qué es lo mejor para él. De aquí se ha originado la duda respecto a compartir o no, con el paciente, la responsabilidad de decidir. Lo cual es verdaderamente cierto al enfrentar la complejidad creciente de la ciencia médica. Como resultado de esto, se encuentra

¹¹⁰ Ibidem. p. p. 32-33

¹¹¹ CECILY SAUNDERS, citada por KRAUZ, Arnoldo y Asunción Álvarez.

el interés en satisfacer la necesidad del paciente de recibir tratamiento, en los derechos de este.

“Todos los doctores tienen que tomar decisiones que afecten la vida y la muerte. Algunas veces la decisión es sencilla, en otras, es demasiado compleja; y rara vez habrá la posibilidad de eludir esta terrible responsabilidad. Este sentido de responsabilidad y no la sensación de autoridad, de poder, lo que moldea la actitud del médico. Pero en realidad no es arrogancia, sino angustia intensa ante el temor de equivocarse, la que mora, allá en lo más recóndito de todo médico”¹¹².

Para muchos médicos, la eutanasia deshonra su profesión porque traiciona la función que los define: curar y prolongar la vida. Otros piensan que la responsabilidad del médico debe llegar más lejos: atender pacientes terminales incluye acompañarlos hasta el final.

En la profesión médica como en todas las profesiones, la persona que cometa una falta, infracción o hecho ilícito con motivo del ejercicio de su profesión, está obligado a responder ya sea penal, civil o administrativamente y en forma independiente de la responsabilidad moral que pueda tener ante su propia persona.

En materia penal, los profesionistas, artistas o técnicos y sus auxiliares serán responsables de los delitos que cometan con motivo o en ejercicio de su profesión aplicándoles, además de las sanciones fijadas para los delitos que resulten consumados, según sean dolosos o culposos, la suspensión temporal de un mes a dos años el ejercicio de su profesión o bien, la definitiva en caso de reincidencia. Aunando a esto la reparación del daño a la que están obligados por sus actos propios y por los de sus auxiliares cuando estos obren de acuerdo con las instrucciones de aquéllos.

Dichas sanciones serán independientes y sin perjuicio de las prevenciones contenidas en la Ley General de Salud u otras normas sobre ejercicio profesional.

Luego entonces, los prestadores de servicio de salud, incluyendo a médicos y enfermeras así como a otros auxiliares serán penalmente responsables de las conductas delictivas que puedan observar. El fundamento legal de esta responsabilidad lo encontramos en el Código Penal para el Distrito Federal,

¹¹² GARCÍA HERRERA, Arturo. Op. Cit. p. 135-137.

artículo 322 contenido en el Título Vigésimo Segundo denominado Delitos cometidos en el Ejercicio de la Profesión, Capítulo I.

En cuanto a la responsabilidad administrativa, la Ley General de Salud en el Capítulo II denominado Sanciones Administrativas, contempla algunas sanciones en casos de infracciones con este carácter cometidas por quienes ejerzan las actividades profesionales, técnicas y auxiliares y las responsabilidades de los servicios de salud.

Por lo que se refiere a la responsabilidad moral, ésta está íntimamente ligada con la ética médica. Mucho se habla de que el médico, al ejercer su profesión debe actuar con ética ¿Pero qué significa esta expresión? La ética se puede definir "como una reflexión sobre los valores morales, los cuales el hombre en un uso de su libertad de decidir y actuar puede o no incorporar a su comportamiento, así como los actos humanos en sí y el valor de éstos"¹¹³

Ahora bien, la ética del médico se refiere a la forma en que éste actúa en el ejercicio de su profesión, con base a la evaluación de los valores que guían sus propósitos y actos, como una persona moral. En pocas palabras, la ética médica se refiere al conjunto de reglas o principios que rigen la conducta profesional del médico, por ejemplo la honradez científica tanto en el diagnóstico como en el tratamiento adecuado.

4.7.- Principios de ética médica.

El objetivo de los principios morales que a continuación se exponen, es el auxiliar al médico, individual y colectivamente, a mantener un nivel elevado de conducta ética. Dichos principios no constituyen en sí ley alguna, son simplemente normas mediante las cuales el médico puede en cualquier momento determinar o no de su conducta respecto a sus relaciones con sus pacientes, con sus colegas, con los miembros de profesiones afiliadas a la profesión médica y con el público en general.

"CONCEPTO 1. El objetivo principal de la profesión médica es el de prestar servicio a la Humanidad observando un respecto absoluto a la dignidad del hombre. Los médicos deberán hacerse dignos de la confianza que les muestran

¹¹³ CARRILLO FABELA, Luz María Reyna. La Responsabilidad Profesional del Médico. Primera edición. Editorial Porrúa S.A. de C. V. México. 1998. p. 26.

los pacientes encomendados a su cuidado, dedicándole a cada uno de ellos. Todo su saber y toda su devoción.

CONCEPTO 2. Los médicos deben esforzarse continuamente por mejorar su habilidad y conocimiento médico, poniendo a disposición de sus pacientes y de sus colegas los beneficios de sus logros profesionales.

CONCEPTO 3. El médico debe de ejercer una terapéutica basada siempre en conocimientos científicos y jamás asociarse, voluntariamente, a quienes violen este principio.

CONCEPTO 4. La profesión médica debería proteger al público y a sí mismo de aquellos médicos que exhiban una deficiencia o carencia moral o de capacidad profesional. Los médicos deben observar todas las leyes, mantener en alto la dignidad, el prestigio y el honor de la profesión, así como aceptar las disciplinas que este tipo de profesión exige que se imponga voluntariamente, quien se precia de practicarla. Los médicos deben denunciar de inmediato el comportamiento legal o poco ético que observen en los compañeros que ejercen la medicina.

CONCEPTO 5. Ciertamente que el médico en situaciones normales, puede elegir a quien prestar sus servicios, sin embargo en casos de emergencia, debe atender a quien lo requiera, poniendo en ello toda su capacidad.

CONCEPTO 6. El médico no debe prestar sus servicios bajo términos o condiciones que tiendan a interferir o menoscaben, el libre ejercicio de su capacidad y juicio médico, o bien, que vayan a afectar negativamente, la calidad del tratamiento médico que debe instruir.

CONCEPTO 7. Es la práctica de la medicina el ingreso profesional del médico debe derivar exclusivamente de los servicios médicos prestados, verdaderamente por él. Sus honorarios deben ser estipulados de acuerdo al tipo de servicio prestado y acordes a la situación económica y posibilidades de pago o del paciente. No deberá pagar ni recibir comisión alguna por pacientes recomendados o referidos. El médico puede proporcionar directamente medicamentos al paciente, incluso aplicarlos, siempre y cuando sea para el beneficio del enfermo.

CONCEPTO 8. El médico debe consultar con otros colegas en los casos dudosos o difíciles, o bien, cuando con ello se mejore la calidad de tratamiento médico instituido al paciente.

CONCEPTO 9. El médico se abstendrá de revelar las confidencias que sus enfermos le hagan en el curso de su tratamiento, así como las deficiencias que observe en el carácter de los mismos, a menos que sea requerido a ello por la ley,

o cuando lo estime necesario por convenir así al bienestar del individuo o de la comunidad.

CONCEPTO 10. Los honrosos y altos ideales de la profesión médica implican que las responsabilidades del médico no deben limitarse al individuo en particular, sino hacerse extensivas a toda la sociedad, de tal manera que dichas responsabilidades le hagan interesarse y participar en actividades cuyo propósito sea mejorar la salud y el bienestar del individuo y de la comunidad".¹¹⁴

El papel de los médicos es primigenio. Toda reflexión es certera si existe una historia previa entre enfermo y profesionista, historia que solía desarrollarse en otros tiempos, cuando el médico curaba más por amistad que por ciencia. Cuando un enfermo está por fallecer, la sensación de fracaso puede asfixiar incluso al profesionista más experimentado. De ahí que, ante el imparable avance de la enfermedad, algunos médicos se rindan a destiempo y abandonen al paciente terminal. Sin embargo, lo inverso también puede ser cierto: el galeno que lucha hasta "lo imposible" por salvar a su enfermo puede empeñarse y continuar el tratamiento a pesar de que la ciencia o algún otro colega hayan determinado que el fin es inminente.

Tal conducta suele denominarse "encarnizamiento terapéutico" para referirse con desdén y tristeza a los tratamientos empleados con algunos pacientes terminales. Aquí la presencia del médico es crucial no como: no como héroe ni como sabedor de la "última verdad", sino como vecino fraternal del enfermo y de su familia.

La idea de que la muerte no es sólo de quien muere, sino del entorno humano que vivió los días antes del fin, depende de los vínculos generados previamente. Enfermo-médico-familia (y amistades) deben allanar los sinsabores actuales de morir y reconstruir el mundo del enfermo terminal.

Contextualizar los tiempos del ser terminal es también vital. No sólo debe "culpase" a la tecnología o a las presiones económicas actuales por el abandono de los gravemente enfermos. En el siglo pasado, ser enfermo terminal conlleva el alivio del ser por el ser y no sólo la amnesia implícita en la biología molecular.

Es crítico recordar que lo que más teme quien muere conciente de su muerte es la soledad, la ausencia de diálogo y el resquebrajamiento de su dignidad. Se le teme igualmente al dolor físico, pero en ocasiones mata más el dolor del alma.

¹¹⁴ Ídem.

Lo que quiere el paciente terminal, amén de las bondades de la tecnología médica, es que se le escuche y se le acompañe. Que se le hable y que se le palpe. Que se le diga que aún está vivo. Es menester atender el dolor físico y el llanto del alma.

"Ante el avance implacable de la enfermedad, la presencia del médico debe facilitar el encuentro con la muerte. Leonard Freed, Hospital Israel, 1972".¹¹⁵

¹¹⁵ KRAUS, Arnoldo y Álvarez Asunción. Op. Cit. p. 30-31.

Propuesta de reformas.

PRIMERA.

Considerando la investigación realizada dentro de este proyecto, creo que es importante hacer una reforma al artículo 243 fracción II del Código Penal para el Estado de México, que a la letra dice:

Artículo 243. Son circunstancias que atenúan la penalidad en el delito de homicidio y se sancionará de la siguiente forma:

I. Cuando el delito se cometa en riña o duelo se impondrán de tres a diez años de prisión y de cincuenta a doscientos cincuenta días multa, tomando en cuenta quién fue el provocado, quién el provocador y el grado de provocación;

II. Cuando el delito se cometa bajo alguna de las siguientes circunstancias, se impondrá de cinco a veinte años de prisión y de cincuenta a trescientos días multa:

a) En estado de emoción violenta;

b) En vindicación próxima de una ofensa grave causada al autor del delito, su cónyuge, concubina, concubinario, ascendentes, descendentes, hermanos, tutor, pupilo, adoptante o adoptado;

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

III. Cuando dos o más personas realicen sobre otra u otras actos idóneos para privarlos de la vida y este resultado se produzca ignorándose quien o quiénes De los que intervinieron lo produjeron a todos se impondrán de diez a quince años de prisión y de ciento setenta y cinco a trescientos veinticinco días multa;...

Mi propuesta es la de que se implemente un apartado dentro del mismo artículo en donde se encuadre específicamente el delito cometido por móviles de piedad quedando como sigue:

ARTÍCULO 243 BIS. Cuando el delito sea cometido por móviles de piedad, mediante súplicas notorias y reiteradas de la víctima ante la inutilidad de todo auxilio para salvar su vida, se analizará y evaluará los rasgos de personalidad del inculpado, el grado de peligrosidad, los motivos

altruistas de su conducta y las circunstancias especiales del hecho; se impondrá de seis meses a cinco años de prisión.

He elegido la fracción III del artículo en cuestión debido que a mi parecer es el único que aborda y regula de manera superficial la eutanasia, aunque no con esta denominación pero por lo menos es el único artículo que hace alusión sobre los móviles de piedad; así mismo pensamos que el delito tipificado en la citada fracción no debe estar citada en el mismo artículo, pues no debe equipararse el homicidio irreflexivo, motivado por una pasión o el cometido por venganza, que el llevado a cabo por motivos de clemencia y hasta un cierto punto, por humanidad.

En este último supuesto se podría establecer como agravante la premeditación, debido a que se reflexiona con anterioridad al hecho por un lapso de tiempo que permite planear y resolver la conducta delictiva, pero que la misma es realizada y motivada por altruismo del sujeto activo, ya que pudiera ser un familiar cercano quien se encontraría en la fase terminal de una enfermedad incurable; por lo que al constatar que se trata de un caso perdido y sólo se le está prolongando la agonía al estar sometido a diversos tratamientos y mecanismos, decide por iniciativa propia que le sea suspendida la terapia o que se le ayude a terminar con su vida (en ocasiones, dicha petición también suele hacerse al personal médico que se encarga del cuidado del paciente).

SEGUNDA.

De la misma forma se incluye en esta propuesta de reforma, el artículo 142 del Código Penal para el Distrito Federal (el cual podemos localizar dentro del Capítulo IV titulado Ayuda o Indicción al Suicidio) y dice:

ARTICULO 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 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 si 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.

Como podemos darnos cuenta, dicho artículo no aborda en lo mas mínimo el tema de la eutanasia ni tampoco hace referencia sobre los móviles de piedad que conllevan a cometer el delito, es por ello que me atrevo a plantear el que sea

agregado un párrafo en donde por lo menos se mencionen estos últimos, de la misma forma en que lo planteamos en el artículo 143 del Código Penal Para el Estado de México, quedando como sigue:

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 si 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.

Si el delito es cometido por móviles de piedad mediante súplicas notorias y reiteradas de la víctima ante la inutilidad de todo auxilio para salvar su vida, se analizará y evaluarán los rasgos de personalidad del inculpado, así mismo, el grado de peligrosidad, los motivos altruistas de su conducta y las circunstancias especiales del hecho; se impondrá de seis meses a cinco años de prisión.

Siempre se hace referencia sobre personas que actúan de esta manera, sin detenemos a reflexionar que quizá algún día podríamos estar en la misma situación, en la de tener un pariente desahuciado, en donde nos conduciríamos de manera semejante y por supuesto que no nos parecería justo si se nos aplicara igual sanción que para los otros tipos de homicidio anteriormente descritos.

TERCERA.

Otra sugerencia que hago como propuesta a reformar, es el contenido del artículo 77 BIS-37, en su fracción III integrado en el Capítulo IX, titulado Derechos y Obligaciones de los Beneficiarios, de la Ley General de Salud; y que comprende lo siguiente:

ARTICULO 77 BIS-37. Los beneficiarios del Sistema de Protección de Salud tendrán además de los derechos establecidos en el artículo anterior, los siguientes:

- I.- Recibir servicios integrales de salud;
- II.- acceso igualatorio a la atención;
- III.- Trata digno y respetuoso y atención de calidad;...

Mi propuesta es la de que se haga una modificación en la fracción III, en donde se especifiquen los derechos y las opciones que pueda tener el usuario de dicho Sistema cuando se encuentre en una fase terminal de su vida, por tal motivo considero que la fracción que expongo debe quedar de la siguiente manera:

III.- El usuario tendrá, el respeto a la dignidad, a su vida privada, a su cultura y valores durante su atención médica; y una atención terminal humanitaria, así mismo podrá recibir toda la ayuda disponible para morir lo más digna y aliviadamente posible en el momento que este lo solicite.

Por otra parte nos preguntamos ¿Es correcto prolongar la existencia, cuando realmente nos enfrentamos a una parodia de la vida por la cantidad de medicamentos e instrumental empleados? ¿Es adecuado administrar tratamientos largos y costosos, a sabiendas de que sólo conducen a prolongar la vida y el sufrimiento del paciente?

Lo anterior nos presenta la cruel alternativa de escoger entre "cantidad y calidad" de vida. Pensamos que no es razonable ni humanitario mantener la existencia de un individuo a costa de un alto grado de sufrimiento tanto para él como para su familia, y aún para el médico; quien emplea tiempo y esfuerzo para sostener la vida.

Considero que para determinar el desahucio de una persona, primero debe de comprobarse que se trata de una enfermedad incurable o que se tiene el padecimiento desde tiempo atrás, y que se trata de una discapacidad permanente e irreversible y que no hay tratamiento disponible para su cura o rehabilitación.

Esto debe estar certificado por médicos especialistas, quienes emitirán un dictamen en el que se establezca el tipo de enfermedad o discapacidad sufrida, así como el grado de desarrollo en que se encuentra.

Aunque en la actualidad se dispone de fármacos y sedantes para mitigar el dolor, esto no implica que con los mismos, también se atenúe el sufrimiento moral y espiritual del paciente, que en muchos de los casos puede ser mayor que el físico.

No siempre los resultados de análisis clínicos obtenidos o los síntomas presentados son determinantes para considerar desahuciada a una persona, ya que puede darse el error en el diagnóstico médico, lo que llevaría al desaliento y a la desesperación del enfermo lo mismo que a sus familiares.

Es precioso destacar los casos en que los pacientes presentan la sintomatología de males totalmente psicológicos tal como lo expone Jiménez de Asúa:

“Los médicos presencian a diario el estoico gesto con que muchos pacientes resisten las operaciones más cruentas, en tanto que enfermos leves, histéricos o hipersensibles, claman a gritos por sufrimientos que de ordinario se toleran sin excesivos ademanes. Además, no siempre los dolores más atroces son índicos de males gravísimos, mientras que enfermedades mortales están desprovistas de sensaciones doloríficas. No podemos, en suma, confiar el dolor el decisivo influjo de decidir la eutanasia”¹¹⁶

“la moderna psicología continuamente nos están mostrando cómo es falaz y oscilante el pensamiento y las decisiones aparentes. Ciertos enfermos sufren tránsitos vertiginosos que van desde la euforia optimista hasta la melancolía, ola angustia obsedente, la desesperación o desilusión”.

Las personas como las anteriormente citadas dicen sufrir enfermedades dolorosas e insoportables, por lo que piden les sea aplicada la eutanasia; pero habrá de tenerse mucho cuidado en este tipo de casos, ya que de hacer caso a sus peticiones, se incurrirá, en el auxilio o la inducción al suicidio.

¹¹⁶ Ob. Cit. p. 412.

Petición de Eutanasia voluntaria.

Considero que debe ser otorgada la eutanasia voluntaria a todos aquellos pacientes que se encuentre en una etapa terminal de su vida.

Para ello propongo la modalidad más común que es la delegación notariada (testamento), el cual será realizado en el momento en que el paciente goza de lucidez y de salud; en donde éste deberá anotar su nombre, edad, profesión y domicilio; del mismo modo deberá expresar que es su decisión y voluntad, (sin que nadie lo este forzando para tomarla) el que le sea aplicada la eutanasia cuando se hayan agotado todos los recursos necesarios para el tratamiento de su enfermedad o en caso de sufrimientos físicos y psíquicos insoportables; de tal modo y más explícitamente dicho documento deberá establecer lo siguiente:

1º.- Los datos personales del paciente, ya que todo enfermo mayor de edad y en pleno uso de sus facultades, tiene derecho a elegir su tratamiento médico y a rechazar el que se le proponga, si con esto se le prolonga la vida de manera artificial.

Si el paciente se encuentra inconsciente, es menor de edad o retrasado mental, el médico deberá consultar con sus familiares más cercanos o con su tutor, para tomar de manera conjunta la decisión.

2º.- Independientemente que exista o no un testamento vital, y se presente una enfermedad, daño físico o psíquico graves que causen al enfermo sufrimientos insoportables, éste podrá solicitar al médico que le administre un tratamiento paliativo del dolor (sedantes, analgésicos, o cirugía) aunque tal tratamiento no impida o acelere el proceso de la muerte.

Si el médico no se mostrara de acuerdo con el tratamiento, no estará obligado a administrarlo, sin que por esto incurra en negligencia o en responsabilidad penal (esto como prevención a la no violación de los principios éticos y morales del mismo médico).

3º.- Dicha decisión de morir debe provenir de un paciente bien informado, el cual debe tener un concepto claro y preciso acerca de su condición, así como de otras posibilidades (es decir debe conocer los resultados de los diferentes tratamientos, o de la ausencia de los mismos). No es necesario que el paciente este muriendo para que reciba ayuda. En un pedido de eutanasia debe tratarse de distinguir cuándo se trata de una decisión serenamente reflexionada.

4°.- Se establecerá que las conductas previamente enunciadas no podrán considerarse como inducción o auxilio al suicidio, así el exhorto a las autoridades judiciales para que tomen en cuenta la actitud del que provoca la muerte, a efecto de que al ser juzgado, le sea aplicada una pena mínima.

5°.- Este testamento vital, deberá elaborarse ante persona investida de fe pública o ante dos testigos, quienes en todo caso, no deberán ser herederos del paciente. Este podrá manifestar su voluntad de manera verbal, escrita o grabada. El testamento podrá ser revocado en cualquier momento.

El documento deberá estar acompañado por el certificado médico de dos especialistas, indicando el carácter del padecimiento y el grado de sufrimiento, así como el de un psicólogo.

6°.- Dicha disposición estará sujeta a cambio sin más motivo que la voluntad del enfermo el cual en su lecho de profundo dolor y agonía tiene derecho a que su voluntad sea tomada en cuenta, con dicha propuesta se trata de garantizarle paz y serenidad en esos momentos tan dolorosos que lo aquejan, no de una sentencia ni una espada de Damocles.

7°.- Lo dispuesto en los párrafos anteriores no afectará en forma alguna el contrato del seguro de vida que pueda haber suscrito el interesado.

8.- Se sancionará penalmente al que incumpla, oculte o falsifique un testamento vital o su revocación.

Pienso que es conveniente difundir a toda la comunidad sobre lo que es la eutanasia presentándoselas como una alternativa para los enfermos en estado terminal, otorgándole al propio enfermo o a su familia el derecho de elegirla o rechazarla. Es necesario que la humanidad abra su mente y de paso a nuevas opciones; así mismo es preciso que dentro de los hospitales se de una relación de médico-paciente para que haya un mejor trato para este tipo de pacientes.

Por otro lado, creo que dentro del ámbito jurídico no debe existir cierta inflexibilidad y que debe permitir la regulación de la eutanasia separada del homicidio u homicidio asistido como se le conoce actualmente, esto para evitar que se cometan más delitos y a su vez para que los delitos cometidos bajo las circunstancias anteriores sean juzgados apropiadamente.

La labor de esta tesis es la de plantear un enfoque liberador (nótese que proponer es diferente a imponer; y no se lanza como un dispositivo automático para ser utilizado a ciegas, sino para ser meditado y procesado por las conciencias independientes, pero también por autoridades competentes.

Se pide y se propone una gradual emancipación de los dogmatismos y los tabúes; una educación a tomar posiciones genuinamente personales ante los problemas y a dominar los fenómenos naturales y sociales y sociales; se requiere cierto grado previo de madurez en el pensar y el actuar.

Conclusiones.

Analizando los temas expuestos en el presente estudio he llegado a los siguientes cierres:

PRIMERA.- Invariablemente, el temor de sufrir el dolor corporal ha sido una de las mayores preocupaciones desde épocas anteriores, al grado que actualmente nos hemos convertido en cuasi-fármaco dependientes, es decir, en consumidores de analgésicos que ayudan a contrarrestar alguna molestia por mínima que ésta sea. Pero se han dado casos en los que como resultado de un accidente o enfermedad, hacen que el dolor o enfermedad sea tan insoportable, que el afectado implora que le sea terminado el sufrimiento privándosele la vida.

SEGUNDA.- Existen básicamente dos tipos de eutanasia, independientemente de las diversas clasificaciones que se han hecho en torno a la misma, que son la activa y la pasiva, pero independientemente de que se le clasifique, el punto de desenlace será siempre el mismo que es la muerte al fin.

TERCERA.- Por otra parte, considero que es muy necesario que la Iglesia debería revisar sus linimientos y definir exactamente cual es su postura ante la eutanasia activa y pasiva, pues si bien es cierto que permite a la primera de estas, por considerar que el enfermo tiene libertad para rechazar los tratamientos que prolonguen su vida y condena a la segunda por que en esta, se está juzgando la acción del médico, entonces ¿en dónde queda lo voluntad del moribundo?, puesto que no se esta tomando en cuenta que esta responde a la petición de una persona que quiere poner fin a su sufrimiento.

CUARTA.- La petición de una muerte rápida y sin dolor, ha de constituirse en uno de los Derechos Universales del Hombre, puesto que si existe el derecho a la vida, también debe haber un derecho a la muerte y no trato de generalizar dicho derecho sino que este sea otorgado a enfermos terminales pudiendo ser considerado como una alternativa a su sufrimiento y por supuesto que para ser otorgado se debe analizar detenidamente cada suceso, como lo es, primordialmente, el estado de salud del enfermo, su voluntad y la intención de quien le provoque la muerte.

QUINTA.- En el mundo jurídico no se habla expresamente de la eutanasia, ni existe alguna norma que la regule como tal; sin embargo a esta

se le equipara dentro del derecho penal como homicidio, siendo que son diferentes las circunstancias por las cuales se llevan a cabo cada una de estas; por tal motivo me encuentro en desacuerdo ya que son dos figuras distintas una de la otra y por lo mismo debe existir una regulación específica acerca de dicha eutanasia.

SEXTA.- Legalmente puede decirse que son tres los supuestos por los cuales se justifica el homicidio: en caso de guerra, por legítima defensa y por pena de muerte. Asimismo, y si se analiza de la misma forma, considero que en determinadas circunstancias, la eutanasia también se podría justificar al ser esta un homicidio por compasión.

SEPTIMA.- La ciencia médica, por desgracia, no siempre sana, la mayoría de las veces cura o alivia los padecimientos y en el peor de los casos sólo alarga la vida prolongando así el dolor, sufrimiento y deterioro del paciente causados por una enfermedad que ha sido diagnosticada como terminal; por lo que en ocasiones el médico, ante la crisis de dolor que experimenta el enfermo, aplica dosis excesivas de analgésicos en forma paulatina y anestésicos, con lo cual acelera el fin de la vida. Ante esto pienso que esta forma de acabar con el sufrimiento se constituye en una verdadera curación para el enfermo terminal.

OCTAVA.- Los tratamientos médicos extraordinarios no deben ir más allá de lo estrictamente necesario, pues muchas veces se experimentan nuevos métodos de tratamientos de reanimación y esto hace que el paciente sufra en exceso, así como sus familiares, quienes llevan la carga psicológica y económica de dichos tratamientos o medicamentos, resultando así como onerosos e imposibles de pagar. Es por esto que he llegado a la conclusión de que ningún paciente en fase terminal tiene obligación de seguir existiendo como sea y el médico menos aún de empeñarse u obligar a que lo haga, dicha decisión debe tomarla el paciente y sus familiares siempre y cuando estén debidamente orientados.

NOVENA.- Concluyo que es especialmente importante la atención tanto médica como psicológica y moral que reciba el paciente desahuciado y los familiares de éste ya que el temor y las fobias que se padecen, así como su tránsito por las etapas de adaptación y resignación a su próxima e inminente muerte pueden conducir al enfermo al suicidio; esto, en caso de no tener la adecuada ayuda emocional, comenzando por no ocultarle su pronóstico, atendiendo en este punto a su carácter y antecedentes de conducta.

DECIMA.- El médico debe aceptar la muerte como un hecho inseparable de la condición humana. Debe evitar que ocurra siempre y cuando tenga la

posibilidad de hacerlo para lograr de esta manera prolongar la vida; sin embargo cuando no hay bases lógicas para pensar que ello sea posible, entonces en vez de adoptar una actitud calificable como de "encarnizamiento terapéutico", debe permitir que la vida del paciente llegue a su inevitable final.

DECIMO PRIMERA.- Médicamente se debe tener reverencia por los valores del paciente, en especial en la etapa final de su existencia; cualquier ayuda espiritual del enfermo debe ser en función de las creencias del enfermo. En la medida de lo posible el médico debe conocer la faceta espiritual de la persona en fase terminal, así mismo, respetar y actuar de acuerdo a los deseos del moribundo.

DECIMO SEGUNDA .- Hoy en día, muchos enfermos terminales ni siquiera son informados de su situación, aún no queda claro a quien le pertenece el saber la condición física del enfermo: si a él mismo, a la familia o al médico que puede reconocerla gracias a sus conocimientos. Queda la pregunta: ¿Es ético privar a alguien de la decisión sobre su vida... aún si la resolución es ponerle fin?

DECIMO TERCERA.- Las actitudes fundamentales de la vida y ante la muerte, aún suelen estar muy arraigadas dentro del núcleo social que es la familia; casi nadie los cambia de un momento a otro. Un cambio de mentalidad, ideología y creencias pide tiempo y éste puede ser el momento de iniciación de ese cambio. No es posible cambiar sin violencia algo que primero no hayamos aceptado.

DECIMO CUARTA.- Es importante aclarar la diferencia entre un enfermo terminal y un enfermo incurable; el primero se refiere a la imposibilidad de superar la enfermedad, mientras que el segundo solo indica la cercanía de una muerte inevitable, por lo tanto pienso que es en éste último en donde se puede considerar la propuesta que se hace en este trabajo, acerca de que se tome a la eutanasia como una alternativa para ponerle fin a su sufrimiento y a su prolongado dolor mismos que hacen que el paciente no pueda valerse por sí mismo y pierda su dignidad por completo.

TRIDECIMA.- Actualmente en México, la falta de una legislación adecuada sobre la eutanasia, impide que se imparta justicia apropiadamente, desde siempre, el temor de sufrir el dolor corporal ha sido una de las mayores preocupaciones de la humanidad, al grado de que actualmente nos hemos convertido en cuasi-fármaco dependientes, en consumidores de analgésicos que ayudan a contrarrestar alguna molestia por mínima que ésta sea. Pero hay casos en los que como resultado de un accidente o enfermedad, el dolor sea

tan insoportable que el enfermo implora le sea terminado el sufrimiento privándosele de la vida, es por esto que deben existir normas que regulen de forma especializada los casos de eutanasia, en donde se legisle y analice minuciosamente cada elemento del suceso, como lo es primordialmente, el estado de salud del sujeto pasivo, su voluntad y la intención de quien le provoca la muerte, para dar un trato especial y de justicia a quien así actúa.

BIBLIOGRAFIA.

DOCTRINA:

ACHAVAL, Alfredo, *Manual de Medicina Legal*, 3ª ed. Ave leda Perrot, Buenos Aires. 1980.

ARROYO DE LAS HERAS. *El Delito*. Alfonso s/e. Arazandi, España, 1985.

ARZAC PALUMBO, Pedro. *Apuntes de "Diagnóstico de desahucio"*, México.

BERNARD, Christian. *Elegir su vida. Elegir su muerte*. Argos Vergara S.A., Barcelona, España, 1986.

BRAUMHABER, Herman. *Historia Universal*. Reus, Barcelona, 1956.

BURGOA ORIGUELA, Ignacio. Porrúa, S.A. México. 1982.

CALABUIG J. A., Guisbert. *Medicina legal y Toxicología*. S/e. Salvat. Barcelona 1994.

CALSAMIGLIA, A., "Sobre la eutanasia", DOXA, Cuadernos de filosofía del derecho, num. 14, Alicante, 1993.

CARRILLO FABELA, Luz María Reyna. *La Responsabilidad Profesional del Médico* Porrúa S.A. de C. V. México. 1998.

CASTILLO VALERY, Alfredo. *Ética Médica Ante el Enfermo Grave* s/e. Jims. España. 1986.

COMITÉ EPISCOPAL PARA LA DEFENSA DE LA VIDA, *La eutanasia*. Paulinas, Madrid, 1993.

DÍAZ ARANDA, Enrique. *Del suicidio a la Eutanasia*. Cárdenas. México. 1997.

FERRER SERRATE, J., "*Dolor y eutanasia*", Cuadernos de Actualidad, num. 6, Universidad de Navarra, Pamplona, 1976.

FORELL MARTÍN, Diego, *La Ética del Aborto y la Eutanasia*. Ave ledo-Perrot Buenos Aires, 1985.

FERRI, Enrico. *Homicidio-Suicidio*. S/e. Reus, Madrid, 1934.

GAFO, Javier. *La Eutanasia. El derecho a una muerte buena*. S/e Asociación Mexicana de Sociología, 1952.

GARCÍA HERRERA, Arturo, *Eutanasia ¿Quién Debe Morir?* Costa-Amic Editor Mexicano.

GIMBERNAT, E., "*Eutanasia y Derecho penal*", Revista de la facultad de Derecho de la Universidad de Granada, Num.12, 1987.

GONZALES BUSTAMANTE, Juana J. *Eutanasia y cultura*. Impresora Universitaria, Mexico, D. F.

GONZALEZ DE LA VEGA, Francisco. *Derecho Penal Mexicano*. 21ª ed. Porrúa México, 1986.

HARING B. *Moral y Medicina*. S/e. P. S. España, 1977.

HORTELANO, Antonio, *Problemas actuales de moral II: La violencia, el amor y la sexualidad*. S/e. Sígueme, Salamanca. 1980.

JIMENEZ DE AZÚA, Luis. *Libertad de Amar y Derecho a Morir*. Séptima edición. Desalma. Buenos Aires. Argentina. 1984. p. 363.

KRAUS ARNOLDO y Asunción Álvarez. *La Eutanasia*. 1990, Corunda, S. A. de C. V.

KRAUS, Arnoldo R. CABRAL, Antonio, *La Bioética*, Consejo Nacional para la Cultura y las artes.

LA NUEVA ATLANTIDA. Traducción del inglés y prologo de Luis Rodríguez de Aranda. Aguilar: Buenos Aires 1960.

LEON C., Augusto. *Ética en México*. S/e. Científico Medico, España, 1973.

LLAMAS POMBO, Eugenio. *La Responsabilidad civil del médico*. S/e. Trivium, Madrid, 1989.

MORO, Tomas. *Utopía*. Nuevo mar. México 1984.

PAGÁN PINEIRO, Regino. *La eutanasia como factor atenuante en la penología moderna*. Vol. XII, Revista Jurídica de la Universidad interamericana de Puerto Rico, Fac. de Derecho, Num. 2, 1978.

PEÑA GUZMAN, Gerardo. *El Delito de Homicidio Emocional*. Tocumar, Buenos Aires, 1973.

PEREZ VALERA, Víctor M, *Eutanasia ¿Piedad? ¿Delito?* 2ª ed. E Jus. México. 1989.

PLATÓN. *Diálogos*, s/e Porrúa. México. 1981.

PLATÓN. *Las Leyes, Epinomis*. EL POLITICO, 3ª EDICIÓN, Porrúa, México 1979.

QUIROZ CUARON, Alfonso. *Medicina Forense*. 6ª. Edic. Porrúa. México. 1990.

RODRIGUES ESTRADA, Mauro. *¿Eutanasia o Eutanasia? Por una muerte digna*. El Manual Moderno, S. A. de C. V. 1996.

R. FITZPATRICK, et al. *La enfermedad como experiencia*. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. Fondo cultural económica S. A. de C. V. México. 1990.

ROYO VILLA NUEVA, Ricardo. *El derecho a Morir sin Dolor*. Marques De Orquiju, Madrid, 1929.

SANCHEZ JIMENEZ, Enrique. *La Eutanasia ante la moral y el derecho*. Universidad de Sevilla. Secretariado de publicaciones. 1999.

VIDAL, M., *Bioética*, Estudios de bioética racional. Tecnos, Madrid, 1989.

METODOLOGÍA JURÍDICA.

DELGADO MOYA, Rubén. *El Derecho Social del Presente*. Porrúa, S. A. México 1977.

OLILLERO Andrés. *Interpretación del Derecho y Positivismo Legalista*. Revista de Derecho Privado, Madrid 1982.

LEGISLACIONES

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Código Penal para el distrito federal.

Código Penal para el Estado de México.

Ley general de salud.

Código Civil para el Distrito Federal.

ECONOGRAFÍA

Revista católica de evangelización, "Inquietud Nueva", Edición Especial No. 100.

Enciclopedia Jurídica Omeba. Driskill. S. A. Buenos Aires. 1979.

Diccionario de la Real Academia Española. Espasa Calpe. S. A. 2ª ed. Madrid España. 1981.