



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ARAGÓN
UNIDAD DE POSGRADO**

**“LA EUTANASIA COMO UN DERECHO A LA
MUERTE DIGNA”**

T E S I S
PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADO EN DERECHO
P R E S E N T A:

JESÚS RENDON GARIBAY

ASESORA:
LIC. RICARDO REYES CERVANTES

MÉXICO 2009





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.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

Ya que gracias a su voluntad divina,
me fue posible concluir este presente.

A MI ESPOSA:

Rosaura Garrido Saavedra
Por el amor, cariño, comprensión,
apoyo moral que siempre me ha dado
y por ser ella, el motivo real
más fuerte en mi vida.

A MIS HIJOS:

Jesús Rendón Garrido
Josué Maximiliano Rendón Garrido
Por que al verlos crecer cada día
y por el amor que me brindan,
me han dado fuerzas para salir adelante.

A MIS PADRES:

Paulino Rendón Ramírez
Olga Garibay Rufino +
Por el amor y cariño
que siempre me han dado.

A MI ABUELA:

Engracia Rufino Torres +
Por los consejos,
apoyo incondicional y
los cuidados que siempre me brindó.

A MIS HERMANOS:

Patricia Rendón Garibay
Alberto Rendón Garibay
Leticia Rendón Garibay
Eduardo Rendón Garibay
Por creer siempre en mi capacidad.

A MIS SUEGROS:

Pedro Garrido Nava
Guadalupe Sánchez Mendieta
Por sus consejos y apoyo moral
que siempre me brindan.

A LA UNAM:

Por ser la Universidad
Que me abrió las puertas
de la enseñanza y por otorgarme
las armas necesarias e indispensables
para ser alguien en la vida.

A LA FES ARAGÓN:

Quien me brindó la oportunidad de
forjarme como profesionista dentro de
sus aulas.

A TODOS Y CADA UNO DE MIS MAESTROS:

Desde mi inicio como estudiante
hasta la terminación de mi carrera,
por que gracias a ellos y a los valiosos
conocimientos que me transmitieron,
fue posible la realización del presente trabajo.

A MI ASESOR:

Por haberme guiado, técnica y
científicamente.

LA EUTANASIA COMO UN DERECHO A LA MUERTE DIGNA

INTRODUCCIÓN	I
Capítulo 1 ANTECEDENTES DE LA EUTANASIA	
1.1 Roma	6
1.2 Grecia	6
1.3 Renacimiento	7
Capítulo 2 CONCEPTOS GENERALES DE LA EUTANASIA	
2.1 Concepto de eutanasia	11
2.2 Delito	12
2.3 Homicidio	13
2.4 Suicidio	15
2.5 Eutanasia Activa y Pasiva	16
2.6 Eutanasia Directa e Indirecta	17
2.7 Eutanasia Voluntaria y No Voluntaria	18
2.8 Otras Terminologías	
2.8.1 Distanasia	19
2.8.2 Adistanasia	20

2.8.3 Ortotanasia	21
2.8.4 Cacotanasia	22

Capítulo 3 LA EUTANASIA EN LA ACTUALIDAD

3.1 Italia	25
3.2 Alemania	28
3.3 Suiza	30
3.4 Austria	33
3.5 Holanda	34
3.6 Dinamarca	38
3.7 E. U. A	39
3.8 México	42

Capítulo 4 LA MUERTE DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA MEDICINA FORENSE

4.1 Qué es la muerte	45
4.2 Muerte Cerebral	46
4.3 Muerte Real	47
4.4 Muerte Aparente	48
4.5 Muerte Súbita	49
4.6 Muerte Violenta	50
4.7 Muerte Natural	50

4.8 Signos cadavéricos	50
4.8.1 Relativos	52
4.8.2 Absolutos	53
4.9 Aborto Eugenésico	57
4.10 Aborto Terapéutico	60

Capítulo 5 CASOS EN LOS QUE PUEDE LLEVARSE A CABO LA EUTANASIA Y LA NECESIDAD DE IMPLEMENTAR UN PROCEDIMIENTO EN MATERIA PENAL PARA DETERMINAR SI ES APLICABLE A ENFERMOS EN FASE TERMINAL

5.1 Enfermedad en Fase Terminal	63
5.2 Estado de Coma	64
5.3 Cáncer Terminal	65
5.4 Sida	67
5.5 Rabia	70
5.6 Ancianos mismos que a consecuencia del progresivo debilitamiento de sus funciones orgánicas estén imposibilitados de valerse por si mismos, para realizar las funciones más elementales.	72
5.6.1 Teoría de deterioro orgánico	74
5.6.2 Cambios característicos y alteraciones funcionales relacionados con el envejecimiento	75

5.7	La eutanasia como forma de obtención de órganos para trasplante.	77
5.8	Procedimiento en Materia Penal para determinar su aplicación en enfermos terminales, proporcionándoles así una muerte digna.	
5.8.1	Procedimiento para obtener la eutanasia propuesto por Kraus.	80
5.8.2	La eutanasia en los países bajos.	81
5.8.2.1	Ley de comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio en los Países Bajos.	83
5.8.2.2	Requisitos para llevar a cabo la eutanasia activa en Holanda.	84
5.9	Caso práctico.	86
	- CONCLUSIONES	96
	- GLOSARIO	101
	- BIBLIOGRAFÍA	110

INTRODUCCIÓN

En virtud de que el tema de la eutanasia es controversial en nuestro país, observo la necesidad de estudiarlo e investigarlo científicamente ya que debido a diversas circunstancias (sociales, culturales y económicas) de nuestra vida cotidiana y a que cada uno de nosotros somos ignorantes del tema, somos objeto o autores de la injusticia humana; esto es, que si bien es cierto que para nuestras leyes el derecho a la vida es un bien jurídico importantísimo, también lo es que la vida se debe vivir digna y plenamente.

Así por ejemplo, un enfermo de cáncer en fase terminal o un enfermo de sida en fase terminal, ya no tiene calidad de vida debido a que muchas de las veces viven ayudados por aparatos los cuales lejos de disminuir su agonía alargan su sufrimiento, así mismo el de sus familiares, llegando en ocasiones a perder su patrimonio por sufragar los gastos que derivan de la enfermedad.

La investigación que realice, consta de cinco capítulos, en los que describí antecedentes históricos de la eutanasia para darnos una idea de los inicios de la misma a través de la historia, muestro también una serie de conceptos (eutanasia, delito, homicidio, suicidio, eutanasia activa y pasiva, eutanasia directa e indirecta, eutanasia voluntaria y no voluntaria, distanasia, adistanasia, ortotanasia, y cacotanasia) que tienen mucho que ver con el tema en cuestión y que nos ayudará a un mejor entendimiento del mismo. Por otra

parte, en la actualidad y en algunos países donde la eutanasia ya esta contemplada jurídicamente, a través de la investigación que realizo, encontré aspectos para dar mayor sostén al tema que estoy desarrollando; obviamente la medicina tiene mucho que ver con mi trabajo de investigación y por tal motivo el estudio de la muerte es esencial. En el presente trabajo de investigación empleo el método analítico, sintético y el método jurídico.

Existen casos muy marcados en los que posiblemente pueda aplicarse la eutanasia, siempre y cuando, se realice a través de un procedimiento legalmente autorizado para no violentar las leyes y para evitar que salgan perjudicados familiares y médicos.

Por otra parte, sugiero y propongo, la realización de la eutanasia en ciertos casos en particular como lo son: cáncer, sida ambos en fase terminal, estado de coma, rabia, ancianos mismos que a consecuencia del progresivo debilitamiento de sus funciones orgánicas, estén imposibilitados de valerse por si mismos, para realizar las funciones más elementales; también contemplo la posibilidad de utilizar los órganos de un sujeto (cadáver) al cual se le practica la eutanasia, para trasplante a personas vivas, hablando en particular del estado de coma.

Así mismo, menciono un procedimiento, que nos podría servir en México, como modelo o proyecto, para su debida aplicación.

La eutanasia se ha convertido en un embrollo complejo para discutir, ya que este tema engloba, como ninguna otra materia cuestiones más allá de la práctica. Está se ha convertido en un problema ético y médico. Principalmente hablando del tema de la vida y la muerte en los seres humanos, este fenómeno, como se ha mencionado no es reciente en algunas culturas de hecho, algunas ya muy antiguas han realizado practicas similares.

En Inglaterra pretenden cambiar el juramento hipocrático para justificar el aborto y la eutanasia.

La noticia ha sido revelada por el boletín informativo: noticias de la ONU, quien al referirse a la eutanasia, considera que la prolongación de la vida no es el único fin del cuidado de la salud. De este modo, reconoce implícitamente, que puede haber otras finalidades de la medicina, por ejemplo, terminar con la vida de ciertas personas que sufran determinadas enfermedades o que se encuentren bajo ciertas condiciones.

En México como en otros países, se han venido discutiendo algunos fenómenos que en otros tiempos no eran mencionados. El aborto y la pena de muerte son solo ejemplos de que la sociedad en la que nos desenvolvemos a cambiado desde sus mismas estructuras. La eutanasia, es uno de los temas que causa polémica; por estar en contra de los designios de Dios, de la naturaleza misma del hombre, porque rompe con las reglas sociales y morales que nos han sido impuestas a lo largo de nuestra vida.

Un punto a favor que tiene la eutanasia, es la conducta que observan las personas que tienen relación con ella. En París una joven enfermera, reconoció haber practicado la eutanasia a varios enfermos incurables entre enero de 1997 y mayo de 1998, la joven Christine Malevre, de 28 años de edad, afirmó haber actuado con la única intención de aliviar el sufrimiento de los enfermos. El Primer Procurador Adjunto del Tribunal de Primera Instancia, Jacques Hossaert explicó que ella actuó, a petición de las familias de los internados, y en algunos casos a la de los mismos enfermos.

CAPITULO 1

ANTECEDENTES DE LA EUTANASIA

El fenómeno de la eutanasia no es algo inherente del Siglo XXI; como a continuación podrá observarse, diversas notas históricas han dejado visualizar la historia de la humanidad matizada de prácticas similares a ésta.

Al revisar la historia, se encuentran datos sobre la existencia de una práctica indirecta de la eutanasia. Los griegos, por ejemplo, fueron los primeros en aceptar el suicidio bajo ciertas condiciones y no sólo a este le daban una connotación de dignidad, sino también a otras practicas que conllevan a un tipo de eutanasia.¹

Para los griegos el padecer una enfermedad dolorosa, constituía una buena razón para dejar de vivir, por lo cual equiparaban al suicidio como una forma de eutanasia. Pero no fueron los únicos que en aquel tiempo practicaban un tipo de eutanasia. Haciendo una revisión histórica hacerla de los diferentes lugares y culturas que realizaban practicas similares y se encontró que culturas tan antiguas como la de los celtas practicaban la eutanasia eugenésica como una medida del mejoramiento de la especie además los egipcios parecían tener la costumbre de rematar a los heridos en combate, esto según para evitarles

¹ Sánchez Espinosa, Gisela Adriana, Rodríguez Aguilar, Lucia. La actitud de los Psicólogos, Médicos y Abogados hacia la Eutanasia. Fes Zaragoza. México, D. F. 1998. p. 8

mayor sufrimiento; también en la India, los enfermos incurables eran ahogados en las aguas sagradas del Río Ganges, y los habitantes de Laconia tenían por costumbre arrojar desde el Monte Tangeto a los niños deformes, a los decrepitos o a los ancianos.²

Los Estoicos (300 A. C. – 200 D. C.) también reconocieron al suicidio como una alternativa para cuando la vida ya no era natural a causa de un dolor descomunal, de graves enfermedades o de anormalidades físicas. Cabe mencionar que así como los griegos, casi todas estas culturas consideraban el deterioro de la salud física como causa justa para provocarse la muerte.

Los Romanos también consideraban que el enfermo terminal que se suicidaba tenía motivos suficientes para hacerlo. Para ellos “vivir noblemente implicaba morir noblemente”.³ Los Griegos y los Romanos consideraban que la forma de morir constituía la medida del valor final de la vida, en especial para aquellas existencias consumidas por la enfermedad y el sufrimiento.

Estas culturas, lograron despojar al suicidio de muchos de sus primitivos horrores y supersticiones, hasta llegar a considerarlo como una practica digna, ya que según las circunstancias, representaba el recurso más razonable y humano. En las Culturales Americanas, las practicas similares a la

² Ibidem

³ Ibidem

eutanasia, son legendarias en ciertas comunidades. Al ser considerada como un acto piadoso se ha ejercido con naturalidad en ciertas sociedades.⁴

De acuerdo con una investigación realizada por Krauss (1993); los Indios de Aymará (Bolivia), suspenden los alimentos al enfermo terminal, a solicitud de éste y de sus amigos y familiares se reúnen con él, para acompañarlo hasta que muera. Los esquimales cuando un enfermo o un anciano comunica a sus familiares su decisión de morir, éstos lo complacen dejándolo solo a merced de las fuerzas de la naturaleza o de manera más directa poniendo fin a su vida. En cuanto a información específica de alguna práctica homóloga en la Región de México, solo hay antecedentes de los Otomíes.⁵

Posteriormente, durante la Época del Renacimiento, a pesar de que la Iglesia Protestante y Católica condenaba el suicidio. Los filósofos veían la eutanasia en forma positiva “la muerte voluntaria es la más hermosa y la más justa”.⁶

La mayoría de los filósofos alrededor del siglo XIV, publicaban textos en los que mencionaban los terribles dolores que sufrían las personas con enfermedades incurables, algunos de ellos, concientes de la penosa situación que atravesaban estos enfermos, se manifestaban a favor de que se interviniera

⁴ Sánchez Espinosa, Gisela Adriana, Rodríguez Aguilar, Lucia. Op. Cit. p. 10

⁵ Ibidem

⁶ Idem

para cortar la vida de estas personas, si es que ese era su deseo. Algunas de las practicas que se realizaban para lograr el descanso de estas personas era el ayuno o que aceptaran la administración de algún tipo de drogas que le permitiera morir, todo esto voluntariamente por parte del enfermo, además, su voluntad debía respetarse por la sociedad. Hasta el momento se ha enfocado la eutanasia casi exclusivamente desde el punto del suicidio y con base en definiciones en culturas tan Antiguas como Griega y la Romana.

Bacón en 1620 utiliza ya el término de eutanasia en el sentido de consuelo o alivio al momento de morir, definiendo por el camino más accesible de privar la vida a un ser humano, buscando una agonía y dulce”. Cabe hacer mención, que aunque ha sido considerado el primero en utilizar este término, la practica de la eutanasia data de muchos siglos atrás.⁷

Francís Bacón, Canciller Inglés padrino y defensor del término eutanasia, que en el Siglo XVIII apoyó “La muerte buena” con el siguiente discurso “parecería que la función de los médicos es dar la salud y mitigar las torturas del dolor. Y esto debe hacerse, no solo cuando el alivio del dolor produzca la curación, sino también cuando pueda conducir a una tranquila y sosegada muerte”.

En 1970, se publicó un ensayo póstumo del filósofo Escocés David Hume, titulado “sobre el suicidio” donde describe que: cuando la vida se ha

⁷ Ibidem

convertido en una carga se requiere coraje y prudencia para que uno mismo termine su existencia.⁸

A lo largo del siglo se registraron un gran número de manifestaciones entorno al tema de la eutanasia de manera más directa. Entre ellas la declaración de Carl Marx, quien abogó por lo que él denominó “eutanasia médica” en donde criticaba a los médicos que trataban enfermedades y no pacientes por lo que en las fases finales le abandonaban cuando ya no tenían cura.

En 1889, se exhortó a los médicos de la época a que no ignoraran las necesidades de los enfermos terminales, especialmente a los que sufrían a partir de entonces y paulatinamente, médicos y escritores, se referían al concepto de dolor físico y psíquico como una posible justificación para poner fin a la vida. En 1920 se publicó el libro “la destrucción de la vida carente de valor” de Hoche y Binding, donde abogaban por las ventajas económicas que resultarían al matar a pacientes cuya vida carecía de valor. Hitler basado en estas teorías decide eliminar a todos los pacientes que no son dignos de vivir tales como: Todos aquellos pacientes mentales que no eran capaces de ejercer un trabajo, personas con anomalías físicas y ancianos.

En Europa antes de la década de los 40's las opiniones a favor de las prácticas eutanásicas, ganaban terreno junto con la creación de asociaciones

⁸ Idem

pre-eutanásicas que aparte de investigar sobre el tema y sus repercusiones, realizaban una labor ante las cortes para que fuese aceptada.

1.1 ROMA

En Roma, la conducta observada en relación con la eutanasia era similar a la que tenía vigencia en Grecia. De esta manera, tanto en la Cultura Helénica, como en la Romana, nunca se entendió a la eutanasia como un derecho a favor del individuo, si no como un deber de la comunidad de eliminar de su seno, a los individuos inútiles⁹ para el buen funcionamiento de la misma.¹⁰

Posteriormente, la conciencia Cristiana según sus principios de sacralidad de la vida humana, consideraba como un Don de Dios, contribuyó al cambio en el sentir y el actuar de la colectividad, respecto a la posibilidad de llevar a cabo la eutanasia.¹¹

1.2 GRECIA

En Grecia, el Estado tenía completamente sometido al ciudadano, se observaba la superioridad de la colectividad, sobre el individuo, debido a que los deberes importantes para la realización del interés público, eran prioridad a las exigencias de la garantía de la libertad; y así, surgió la ideología de matar a

⁹ Cit. Por. Marcos Del Cano, Ana María. La Eutanasia. (Estudio Filosófico-Jurídico). Madrid, Ediciones Jurídicas y Sociales, S. A. 1999. p. 27.

¹⁰ Idem

¹¹ Idem

los inválidos, incurables, recién nacidos, deformes y ancianos; no se les daba muerte por motivos de piedad, sino para limpiar la sociedad de todos aquellos que “no sirvieran para nada”. Posteriormente surgieron criterios en contra de tales prácticas y que en la actualidad¹² siguen vigentes en la vida profesional de la medicina, por ejemplo el juramento de Hipócrates **“no suministraré a nadie, ni siquiera si me lo piden ningún fármaco mortal, ni lo propondré como consejo”**.¹³

1.3 RENACIMIENTO

En la Edad Media imperó poco a poco el espíritu del decálogo, solo se habla de rematar por piedad a los que caen gravemente heridos en los campos de batalla; Santo Thomas de Aquino en la suma teológica no se refiere a la eutanasia, hace mención a dos cuestiones importantes en relación al suicidio, mismo que rechaza por tres razones: porque va en contra del amor que el hombre se debe a si mismo, por ir en contra de la sociedad y por estar en contra del amor de Dios.

Las epidemias, pestes y guerras de la Edad Media hicieron notable una profunda preocupación acerca del bien morir, debido al espíritu religioso de esa época.

¹² Ibidem

¹³ Ibidem

Tomás Moro (1478-1535) quien fue canonizado por la Iglesia Católica en 1935 escandalizó a muchos por permitir la Eutanasia en Utopía.

Observemos el texto completo:

A los enfermos los tratan con grandes cuidados sin pasar por alto medicamentos, ni alimentos que puedan devolverles la salud, les brindan compañía a los incurables, les dan conversación y en una palabra, hacen cuanto pueden por aliviarlos de las enfermedades. Si se trata de un mal que no tiene cura y que produce continuo dolor convencen al paciente para que, ya que es inútil para las tareas de la vida, molesto para los otros y una carga para si mismo, no desee alimentar por mas tiempo su propio mal y corrupción; ya que su vida es una tortura no dude en morir, que piense en librarse de una vida tal, que es un tormento, procurándose la muerte aceptando que otro se la dé; lo convencen de que así actuará sabiamente, y de que la muerte no será un mal si no el fin de sus sufrimientos, y de que siendo eso lo que aconsejan los sacerdotes interpretes de la divina voluntad, hará una acción santa y devota.

Aquellos que son persuadidos se dejan morir de hambre o reciben la muerte mientras duermen, sin darse cuenta. Pero a ninguno se le elimina contra su voluntad, ni dejan de brindarle sus cuidados, convencidos de que así actúan honradamente.¹⁴

Esta obra, como otras de Moro, esta saturada de una muy marcada y fina ironía. El hace la descripción de una sociedad que no es cristiana, sin embargo, es preferible a las sociedades renacentistas de su tiempo. Moro expresó claramente que él sólo presentó la forma de ser de los Utopistas y que no está de acuerdo con todos sus principios.¹⁵

En Inglaterra aparece otra nueva Utopía con Francis Bacón (1561-1623). A Bacón se le atribuye el uso del término Eutanasia con la acepción actual. Esto no es correcto, pues Bacón no postula con la palabra Eutanasia la muerte del enfermo, si no solo la ayuda en el morir. Francis Bacón tanto en la *Instauratio Magna* (primera parte, lib. IV cap. 2) como en *De Dignitate et Augmentis Centiarum* (Libro IV Cap. 1) convoca a los médicos a buscar métodos para disminuir los sufrimientos y hagan mas benigno el último transe

¹⁴ Cit. Por. Pérez Valera, Víctor Manuel. Eutanasia ¿Piedad? ¿Delito? México, Editores Noriega p. 99.

¹⁵ Idem

del moribundo. En la actualidad esto es la aplicación de los cuidados paliativos.¹⁶

En la antigüedad, la eutanasia se entendía como un proceso utilizado por la misma sociedad para obtener un bienestar común; de tal suerte, que las personas que a consideración de la colectividad no eran aptas para seguir viviendo eliminaba de la misma de esta manera, a los enfermos se les trata de una forma correcta y adecuada; es decir cuando un enfermo padecía un mal por así decirlo incurable, se le atendía con el propósito de ayudarlo a vencer la enfermedad y posteriormente continuar con una vida normal; por lo contrario tratándose de un enfermo que no podía tener cura se le convencía para que aceptara tener su muerte por medio de otra persona y así tener alivio para su alma.

¹⁶ Ibidem

CAPITULO 2

CONCEPTOS GENERALES

2.1 CONCEPTO DE EUTANASIA

“Eutanasia es el acto o método para producir la muerte, sin dolor y terminar con el sufrimiento”.¹⁷

El término eutanasia deriva de las palabras griegas eu (bueno) thanatos (muerte). El concepto eutanasia, a lo largo de los tiempos ha venido significando realidades muy diferentes. Esta variedad obedece que a medida que aumente la variedad de modos de vida, asimismo, aumentará la variedad de significados la multiplicidad de lugares físicos y especialmente lo complejo de las nuevas tecnologías. A pesar de este dato y centrándonos en la actualidad de nuestros días, la eutanasia se ha definido en 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.¹⁸

¹⁷ Kraus Arnoldo, Álvarez Asunción. La Eutanasia. 1ª Edición. México, Consejo Nacional para la Cultura y las Artes. 1998 p. 7

¹⁸ Cit. Por. Sánchez Jiménez, Enrique. La Eutanasia ante la moral y el Derecho. Universidad de Sevilla, Secretariado de Publicaciones. 1999 p. 24

2.2 DELITO

“La palabra delito deriva del verbo latino “delinquere”, que significa abandonar, apartarse del buen camino, alejarse del sendero señalado por la Ley.”¹⁹

Delito: acción u omisión penada por la Ley, el concepto se encuentra completamente sometido al principio de legalidad de tal manera, que el principio fabricado (acuñado o sellado) por los juristas romanos “nullum crimen sine ley, es su regla básica.”²⁰

Francisco Carrara principal exponente de la escuela clásica, quien lo define como “la infracción de la Ley del Estado, promulgada para proteger la seguridad de los ciudadanos, resultante de un acto externo del hombre, positivo o negativo, moralmente imputable y políticamente dañoso.”²¹ Para Carrara el delito no es un ente de hecho sino un ente jurídico, por que su esencia debe consistir en la infracción del derecho.

El propio Mezger elaboró una definición jurídica sustancial, y expresa que el delito es la “acción típicamente antijurídica y culpable.”²²

¹⁹ Castellanos, Fernando. Lineamientos Elementales de Derecho Penal. Trigesimaquinta Edición Actualizada. México. Editorial Porrúa, S. A. 1995 p. 125

²⁰ Enciclopedia Microsoft Encarta. 2000. 1993-1999. Reservados todos los Derechos p. 1

²¹ Cit. Por. Castellanos, Fernando. Op. Cit. p. 126

²² Cit. Por. Castellanos, Fernando. Op. Cit. p. 129

Para Cuello Calón es la “acción humana antijurídica, típica, culpable y punible”.²³

Por otra parte, Jiménez de Asúa textualmente dice “delito es el acto típicamente antijurídico, culpable, sometido a veces a condiciones objetivas de penalidad, imputable a un hombre y sometido a una sanción penal.”²⁴

El Código Penal vigente en el Distrito Federal en su artículo 15 señala que el delito “solo puede ser realizado por acción o por omisión.”

2.3 HOMICIDIO

En el homicidio, el bien jurídico que se protege es la vida humana, el cual es el bien más importante e irreparable, la vida es la condición necesaria para disfrutar los restantes bienes. De ahí que los Códigos impongan penas muy graves para reprimir este hecho.

“El delito de homicidio tiene como características que es instantáneo, de acción pública, de daño, material y que se comete por acción o por omisión.”²⁵

²³ Idem

²⁴ Ibidem p. 130

²⁵ Cit. Por. Levene, Ricardo. El delito de homicidio. 3° Edición. Buenos Aires, Ediciones de Palma. 1977 p. 7

La denominación que los latinos daban a este delito era “homicidium” y las leyes lo definían como “matamiento de home” (partida VII, título VIII. Ley 1), de donde surgió “homecillo”.

En varios Códigos Españoles, el de Cuenca por ejemplo se decía “omezillo” en el Códice Valentino “omnezillo”; en Códice Conquense “omecillo”, en este y en el de Heznatoraf “omjcidio”.

Se contrapone a la definición común, de que el homicidio “es la muerte de un hombre cometida por otro hombre.”²⁶ La de Vannini quien usa la definición de Carmignani: “la muerte de un hombre ocasionada por el ilícito comportamiento de otro hombre”.²⁷

Carrara define este delito como: “la destrucción de un hombre injustamente cometida por otro hombre”.²⁸

El Código Penal actual para el Distrito Federal en su artículo 123 hace referencia al delito de homicidio que a la letra dice: “al que prive de la vida a otro se le impondrá de 8 a 20 años de prisión”.

²⁶ Idem

²⁷ Ibidem p. 8

²⁸ Idem

2.4 SUICIDIO

Suicidio: “acción de quitarse la vida en forma voluntaria.”²⁹ El suicidio hace su aparición en todas las sociedades desde los tiempos más remotos.

En la Europa Antigua durante el Imperio Romano el suicidio era permitido e incluso se consideraba como un acto honorable. Los antiguos romanos influenciados por el estoicismo, admitían muchas razones legales para llevar a cabo su práctica.

Para San Agustín, el suicidio fue un pecado. Muchos de los concilios de la Iglesia Cristiana decretaron que quienes cometieran suicidio no serían dignos de que se les aplicara los ritos ordinarios de la Iglesia después de su muerte, y en la Edad Media, la Iglesia Católica Romana condenó fuertemente esta práctica. En las Legislaciones Medievales, se disponía la confiscación de todas las propiedades del suicida y el cadáver estaba expuesto a todo tipo de humillaciones. En la actualidad, el suicidio se condena en las religiones cristiana, judía e islámica.

El estudio del suicidio, a través de la historia, se ha enfocado desde diferentes puntos de vista en distintos períodos. Iniciando por el clásico trabajo

²⁹ Enciclopedia Microsoft Encarta. 2000. 1993- 1999 Reservados todos los Derechos.

de Durkheim,³⁰ principalmente los médicos han estudiado el tema con gran interés científico.

En 1897 Emile Durkheim, defendió la idea, de que el suicidio era un fenómeno social, más que un acto individual. El consideraba que el suicidio era consecuencia de la inadaptación social del individuo. Encontró cuatro tipos de suicidio. El egoísta, altruista, anónimo y fatalista. Así “el suicidio egoísta y altruista eran el resultado de una débil o fuerte integración del individuo en la sociedad. El suicidio anónimo y el fatalista venían determinados por una débil y excesiva regulación por parte de la sociedad.”³¹

2.5 EUTANASIA ACTIVA Y PASIVA

“Desde el punto de vista de quien accede a realizar la eutanasia, ante los ruegos de quien se encuentra en un estado degradante se puede diferenciar entre una eutanasia activa y otra pasiva. La primera se refiere a la acción por la cual, de una forma directa ó indirecta, se pretende acertadamente terminar con la vida de otra persona”³² así, “se habla de eutanasia activa para referirse a las acciones eutanásicas que producen la muerte, muerte que no hubiera ocurrido sin las mismas ó como actos ejecutivos que suponen un

³⁰ Rodríguez, María Luisa. Suicidios y Suicidas en la Sociedad Mexicana. Editorial UNAM. 1974 p. 5

³¹ Enciclopedia Microsoft Encarta. 2000. 1993-1999. Reservados todos los Derechos. Loc. Cit.

³² Cit. Por. Sánchez Jiménez, Enrique Op. Cit. p. 34

acortamiento de la vida del paciente”.³³ “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 quien produzca la muerte.”³⁴

2.6 EUTANASIA DIRECTA E INDIRECTA

La eutanasia directa, consiste en provocar la muerte a una persona que se encuentra en fase terminal, con medios certeros y con la intención de producirle la muerte. Por lo contrario la eutanasia indirecta o lenitiva implica la administración de medicamentos o practicar las técnicas apropiadas al enfermo terminal, que soporta una situación incomoda y fuertes dolores, con el objetivo primordial de moderar sus sufrimientos, sabiendo que, como consecuencia es inevitable el acortamiento de su vida. Por ejemplo hablando de la administración de analgésicos para aliviar los dolores.³⁵

A su vez, siguiendo a Ruiz-Miguel, distinguimos entre distinción y propósito, refiriendo la primera al conocimiento y voluntad suficiente de que el acto producirá el resultado X y el segundo a la pretensión central o básica que se desea producir con tal resultado X. Esto es en la eutanasia directa el acto o la omisión tienen por objeto causar la muerte, mientras que en la eutanasia

³³ Idem

³⁴ Idem

³⁵ Cit. Por. Marcos Del Cano, Ana María. Op. Cit. p. 6

indirecta el resultado de la muerte puede verse, como una consecuencia prevista necesaria, aunque concomitante de un acto u omisión cuya intención es totalmente independiente de aquel resultado.³⁶

2.7 EUTANASIA VOLUNTARIA Y NO VOLUNTARIA

La eutanasia voluntaria “es la que se realiza a petición de la víctima, ya sea por reiteradas e incesantes peticiones o al menos con su consentimiento. En cambio la eutanasia no voluntaria es la eutanasia impuesta en contra o sin contar con la decisión del enfermo.”³⁷

Para Doyle, la eutanasia voluntaria es aquella que se practica por requerimiento del enfermo terminal. Y esta es la eutanasia propiamente dicha o la denominada “genuina” la eutanasia no voluntaria es el caso de procurar la muerte a un ser humano que no es capaz de entender la opción entre la vida y la muerte.

Para la Moral Tradicional judío-cristiana, la eutanasia voluntaria tiene gran similitud con el suicidio, ya que se considera que tanto o más que en este, generalmente intervienen aspectos psicológicos atenuantes muy importantes que pueden incluso presentar eximentes de responsabilidad.³⁸

³⁶ Vid. Idem

³⁷ Pérez Valera, Víctor Manuel. Eutanasia ¿Piedad?, ¿Delito? Editorial Noriega. p. 32

³⁸ Cfr. Idem

Por otra parte, para la moral, la eutanasia impuesta es más reprobable que la voluntaria, ya que absolutamente nadie tiene derecho a decidir respecto de la felicidad o sentido de la vida de otro ser humano hasta el punto de justificar su muerte.

2.8. OTRAS TERMINOLOGÍAS

2.8.1 DISTANASIA

La distanasia en oposición a la eutanasia compuesta con el prefijo griego dis que significa obstáculo, dificultad y thanatos muerte; es característica de la muerte dolorosa, la agonía prolongada. Afirma Soroa y Pineda que el término fue creado, por Morache, para conceptualizar en oposición a la eutanasia, “la muerte difícil en medios de sufrimientos físicos y morales.”³⁹

G. Higuera define la distanasia: como la “practica que tiende a alejar lo más posible la muerte, prolongando la vida de un enfermo, de un anciano o de un moribundo, ya inútiles, desahuciados, sin esperanza humana de recuperación, y utilizando para ello no solo los medios ordinarios, sino extraordinarios muy costosos en si mismos o en relación con la situación económica del enfermo y de su familia”.⁴⁰

³⁹ Pérez Valera, Víctor Manuel. Op. Cit. p. 34

⁴⁰ Idem

En esencia, consiste en alejar lo más posible en tiempo, el momento de la muerte del enfermo terminal o desahuciado. El “encarnizamiento terapéutico” es un aspecto importante de la distanasia, consiste en que el enfermo es conectado y entubado en una máquina del cual es dependiente, para posteriormente tasajearlo sin misericordia siendo así, un simple objeto de experimentación.

Este “luchar hasta el final” como verdadera obsesión reduce al moribundo a un deshumanizado aislamiento.⁴¹

2.8.2 ADISTANASIA

De la misma raíz pero con la privativa (no-poner-obstáculos-a-la-muerte) consiste en dejar acercar al enfermo los medios que tienen por objeto retrasar la muerte ya inminente.

Al respecto opina el Doctor René Biot, acérrimo impugnador de la eutanasia. “Pero si nos encontramos en presencia de un organismo arruinado por una enfermedad consuntiva, y que se extingue como un lámpara que no tiene aceite, la cuestión es diferente. Al querer prolongar la vida se prolonga la

⁴¹ Idem

desdicha y volvemos a encontrar aquí el misterio que hemos abordado antes con verdadera reverencia.”⁴²

El moralista español Gonzalo Higuera realizando un profundo análisis, sobre no prolongar inútilmente la vida opina:

- 1.- Que se pueden dejar de utilizar los medios distanásicos extraordinarios y ordinarios cuando estos ya son inútiles para recobrar la salud.
- 2.- Normalmente la decisión de dar término con el tratamiento distanásico la puede realizar la familia o el médico, cuando el tratamiento no alcanza un resultado favorable y los aparatos empleados sean necesarios para otros enfermos con mayor probabilidad de éxito.
- 3.- Que también el tratamiento distanásico se puede terminar por razones económicas, psicológicas y sociales.⁴³

2.8.3 ORTOTANASIA

Deriva de la raíz griega “ortos” (recto justo) y “thanatos” (muerte). Al parecer el Doctor Boskan De Lieja utilizo este término por primera vez en 1950.⁴⁴

⁴² Ibidem p. 36

⁴³ Idem

⁴⁴ Ibidem p. 38

Gonzalo Higuera la define como la “postura que tiende a conocer y respetar el momento natural de la muerte de cada hombre y sus concretas circunstancias, sin querer adelantarlo para no incidir en la eutanasia reprobable, ni tampoco prolongar artificialmente cualquier tipo de vida con medios improporcionados, para no caer en el extremo opuesto de una distanasia, también reprobable, aunque siempre dejando actuar o intervenir la relativa libertad de conducta que permite y exige la racionalidad humana frente a una pasividad meramente animal”.⁴⁵

De esta manera la ortotanasia se coloca entre los extremos de eutanasia y la distanasia, atinadamente sustituyendo el neologismo adistanasia.⁴⁶

2.8.4 CACOTANASIA

Otro termino opuesto a la eutanasia es la llamada cacotanasia “mala muerte” a esta expresión se le podría dar distintas interpretaciones: así por ejemplo atendiendo al termino mala muerte, “sería aquella que se da artificialmente la que se presenta por causa de la soledad o incluso la que tiene lugar en un hospital, dentro de los distintos sectores se ha retomado la lucha

⁴⁵ Idem

⁴⁶ Pérez Valera Víctor Manuel. Loc. Cit.

contra la mala muerte, ya no se trata de procurar la buena muerte (eutanasia) sino la repulsa a la mala muerte.”⁴⁷

A pesar de que en la época antigua existía, en forma de vida diferente a la actual, la eutanasia se ha entendido siempre como un derecho a tener una muerte digna sin dolor; inclusive estando en pleno uso y goce de las facultades mentales.

El delito es una conducta negativa, que un hombre realiza para dañar a un hombre o una cosa, la cual no es permitida y le corresponde una sanción dependiendo de la gravedad de la misma.

El homicidio es cuando un hombre influenciado por una serie de perturbaciones ya sea de tipo social, cultural e incluso económico, le arrebatara la vida a otro hombre.

Así de esta manera, la persona que toma la decisión de suicidarse, es provocada por un daño psicológico muy fuerte que de cierta forma, dicho daño hace que está viva fuera de la realidad.

Existen una serie de conceptos que se refieren generalmente a la eutanasia; hacen notar y todos hacen mención a la muerte de los enfermos que por supuesto, están en fase terminal, la manifestación de voluntad de un

⁴⁷ Vid. Marcos Del Cano, Ana María. Op. Cit. p. 4

enfermo, expuesta y dirigida a terminación de su vida, debe ser libre, en pleno uso y goce de sus facultades mentales. Por lo tanto, mi criterio se inclina y está a favor de la eutanasia voluntaria o genuina, debido a que en este supuesto, se muestra el principal factor para que se lleve a cabo correctamente la práctica de la eutanasia (la voluntad del enfermo que se encuentra en fase terminal).

De esta manera, todos y cada uno de los conceptos mostrados en este capítulo, nos ayudan a un mayor entendimiento sobre el desarrollo del presente trabajo de investigación.

CAPITULO 3

LA EUTANASIA EN LA ACTUALIDAD

3.1 ITALIA

El artículo 579 del Código Penal establece: “el que ocasiona la muerte de un hombre será penado con reclusión de 6 a 15 años”. En este caso no se aplican las agravantes en el artículo 61 y especifica que no será válido el consentimiento aplicándose en este caso las disposiciones relativas al homicidio.⁴⁸

En el derecho Italiano el homicidio consentido no establece una manera atenuada del homicidio simple, si no que constituye un título específico.⁴⁹ Actualmente la norma en vigor parte del presupuesto de la indisponibilidad de la vida humana, remarcando que toda supresión del bien jurídico “vida” debe ser castigado penalmente.

El tratamiento atenuado del homicidio consentido tuvo como finalidad una mayor individualización de la pena y asegurar la antijuricidad del hecho frente a las opiniones que apoyaban en el tiempo que promulgaron el Código Penal la no punibilidad de la muerte producto de los móviles de piedad

⁴⁸ Núñez Paz, Miguel Ángel. Homicidio Consentido Eutanasia y Derecho a morir con dignidad. México. Editorial Tecnos 1999. p. 198

⁴⁹ Vid. Idem

(eutanasia).⁵⁰ Pero, en esta solución de compromiso, el homicidio consentido no parece que fuese proyectado por el legislador italiano en relación al homicidio producido por móviles de piedad en consecuencia, en todo caso, se podría aplicar la atenuante prevista en el artículo 62.1 Código Penal que permita al Juez disminuir la pena, no tomando en cuenta lo que toca al homicidio consentido (artículo 579), sino la que corresponde al homicidio simple (artículo 575).⁵¹

A partir de la década de los 70 aparecieron resoluciones más equitativas y con determinaciones más amplias sobre el concepto del consentimiento, pero siempre aparece una valoración negativa de la eutanasia y no se concede la aplicación de la circunstancia atenuante del (artículo 62.1) del Código Penal Italiano sea, por considerar establecida en el (artículo 579) del mismo Código porque la eutanasia es desigual o no adecuada en relación al principio del respeto a la vida lo que hace notar la actitud rigurosa de la jurisprudencia hacia el problema de la eutanasia.

La eutanasia activa consensual representa otra forma del género homicidio consentido, la Doctrina dominante no defiende la licitud de la eutanasia activa basándose en el criterio de la indisponibilidad de la vida humana, lo relacionado con los diagnósticos sobre lo incurable de la

⁵⁰ Cfr. Ibidem p. 200

⁵¹ Vid. Ibidem p. 201

enfermedad, la posibilidad de error y la dificultad de prueba sobre la validez del consentimiento.

El esquema de la Delegación Legislativa para la promulgación de un nuevo Código Penal, elaborado en 1992 por una Comisión de Profesores de Derecho Penal, ha optado por la primera solución, contemplando la eutanasia activa sin mencionar la pasiva, únicamente como circunstancia atenuante de la pena y exigiendo que la muerte se lleve a cabo con medios paliativos del dolor en personas sometidas a sufrimientos físicos graves.⁵²

El Código Deontológico Médico Italiano de 1989 rechaza expresamente la eutanasia activa en su (artículo 43) que a la letra dice: “El Médico en ningún caso –aunque sea a petición del paciente- podrá aplicar tratamientos dirigidos a menos cavar la integridad física y psíquica del paciente; y con mayor razón, si trata de acciones capaces de acortar la vida del enfermo”⁵³, hace notar, que todo acto dirigido a provocar la muerte del paciente es contraria a toda ética médica.

Por otra parte, el (artículo 40.2) del Código Deontológico en relación con la eutanasia pasiva señala que “ante el rechazo expreso del paciente con capacidad de entender y de querer, el médico debe desistir de la realización de cualquier tratamiento médico contra la voluntad del enfermo”.

⁵² Ibidem p. 203

⁵³ Ibidem p. 204

En Italia, el tema de la eutanasia fue presentado como un proyecto de ley (la no. 2405) a la Cámara Italiana en diciembre de 1984 por un Grupo de Diputados representados por el honorable Fortuna, con el título “Normas sobre la tutela de la vida y disciplina de la eutanasia pasiva”.⁵⁴ La propuesta se presento como resultado de la lógica exigencia de proteger a los médicos del riesgo de sanciones, aún cuando se hubieran negado a tomar medidas artificiales para prolongar el proceso de muerte en enfermos que estén en agonía y cuya vida no tenga esperanza de salvación en el estado actual de la ciencia médica o cuando se hayan aplicado métodos cuyo objetivo es calmar los sufrimientos de tales enfermos.

La propuesta italiana contempla solamente la eutanasia pasiva o la antidistanasia. El paciente debe elaborar la petición formalmente y por escrito. El proyecto fue objeto de críticas especialmente porque se contemplo jurídicamente la eutanasia término por el cual, como es sabido, genera importantes confusiones de las cuales no parece que hayan podido sustraerse o separarse los creadores de dicha propuesta.

3.2 ALEMANIA

En Alemania, el consentimiento de la víctima es lo que únicamente se toma en cuenta el parágrafo 216 del Código Penal dice que “el que matare a

⁵⁴ Vid. Ibidem p. 206

otro determinado por expresa y seria petición de este será castigado con pena de prisión de 6 meses a 5 años siendo punible la tentativa”.⁵⁵

El 216 del Código Penal el denominado homicidio a petición que prevé una disminución de pena, no es una disposición legislativa que se ocupe expresamente de la eutanasia; sino que supone una regulación especial.

En principio es dominante el criterio de que si el homicidio a petición por un lado supone, un menor grado de ilicitud de culpabilidad en relación del homicidio de otro; aunque el autor actúe impulsado por la compasión, no es posible que obtenga una plena exención de la pena, de esta manera permanece legal la prohibición de provocar la muerte de un tercero. Así pues, la ayuda a morir activa y directa es un delito del 216 del Código Penal y en principio constituye por lo tanto, un acto ilegal del médico.

“Desde el punto de vista de la terminología, la palabra “eutanasia” suele evitarse, para no asociarla con las atrocidades nazis en el pasado, por lo que es preferible hablar de “ayuda a morir” (sterbheilfe).”⁵⁶

El proyecto alternativo de la ley reguladora de ayuda a morir reconoce también la eutanasia pasiva y sucesivamente la disminución de medidas instrumentales de enfermos terminales con pronóstico infausto.

⁵⁵ Cit. Por. Núñez Paz, Miguel Ángel. Op. Cit. p. 2

⁵⁶ Ibidem p. 212

El 214 sobre interrupción y omisión de medidas para conservar la vida, comprende tanto la falta como la interrupción del procedimiento médico para conservar la vida, anexando la desconexión de aparatos de medicina intensiva y contempla en su apartado uno, número 1 que “el que interrumpe u omite medidas para conservar la vida no actúa antijurídicamente cuando el afectado lo solicita expresa y seriamente”. El 214 apartado uno número 2 permite la interrupción u la omisión de las medidas para no terminar con la vida en el caso de la pérdida de la conciencia de forma irreversible de acuerdo con el dictamen médico incluyendo a los recién nacidos con deficiencias muy graves en caso de que no puedan llegar a alcanzar la conciencia nunca.⁵⁷

Se hace mención aquí, al tema de la eutanasia llamada precoz, pero debe tomarse en cuenta, que dejar morir a recién nacidos viables con deficiencias no se puede permitir, sino en la misma medida en relación con otros casos de eutanasia pasiva.

3.3 SUIZA

El Código Penal Suizo no contempla el término eutanasia, se deduce por medio de las disposiciones que protegen la vida humana. Las conductas calificables como eutanasia activa directa, cuando el autor tiene por objeto un acortamiento de la vida, podrían sancionarse como un homicidio simple (artículo

⁵⁷ Vid. Ibidem p. 218

111 del Código Penal) con pena de al menos 5 años, aún con el consentimiento de la víctima; ó como homicidio atenuado según las circunstancias, ya sea como homicidio pasional si el autor es presa de una emoción violenta en el momento de la acción sancionable con prisión de uno a cinco años o reclusión hasta los diez años (artículo 113 del Código Penal modificado después de la reforma de la Ley Federal de 23 de junio de 1989 en vigor desde el 1 de enero de 1990),⁵⁸ y finalmente como homicidio a petición de víctima que ha añadido una segunda condición mas restrictiva, ya que el autor debe haber cometido el acto por un motivo honorable o humanitario, especialmente la piedad.

El artículo 114 del Código Penal establece: quien cediendo a un móvil honorable esencialmente, especialmente la piedad, hubiera dado muerte a una persona a petición seria e incesante de la víctima, será sancionado con la pena de prisión. Por lo tanto, hablando del homicidio a petición no solo es necesaria para la atenuación la petición seria e incesante por parte de la víctima, sino que además debe haber actuado con móvil humanitario.⁵⁹

Aparejado a las situaciones de eutanasia activa directa propiamente dicha, que son las contempladas sobre todo por el artículo 114 del Código Penal en los casos de eutanasia directa dirigida a extinguir el sufrimiento del paciente, aún cuando el médico sea consiente de que puede haber

⁵⁸ Vid. Ibidem p. 223

⁵⁹ Cfr. Idem

acortamiento de la vida, al no ser la muerte la finalidad principal el acto no será punible.

En cuanto a la eutanasia pasiva, si el enfermo esta consiente aún después de ser correctamente informado por el médico, el paciente tiene absolutamente el derecho a rechazar el tratamiento, lo cual libera al médico de su posición de garante. Si el paciente no esta consiente y sin capacidad de discernimiento (distinguir, diferenciar), el médico debe respetar la presunta voluntad del paciente. Diversos proyectos tendientes, primero a reconocer la eutanasia pasiva y en lo sucesivo a la legalización de la eutanasia pasiva como activa, tuvieron lugar desde finales de la década de los 70's. Por otra parte, destaca la iniciativa del ejecutivo del Cantón de Zurich que presentó un proyecto para legalizar la eutanasia activa y pasiva, siempre que la practicara un médico y a petición expresa formalizada de un paciente que padezca una enfermedad incurable y dolorosa de la cual no haya esperanzas de curación; tras la presentación de este proyecto en el Parlamento Federal la iniciativa fue rechazada.

En relación a la eutanasia activa también en 1993 a iniciativa de la Asociación "A propos" se presentó una propuesta a fin de interrumpir voluntariamente la vida a través de una petición seria e insistente en caso de enfermedad incurable e irreversible y acompañada de dolores insoportables.⁶⁰

⁶⁰ Vid Ibidem p. 226

En lo sucesivo surgieron diversas propuestas con “el objeto de modificar el artículo 54 de la Constitución Federal,”⁶¹ que establece el derecho a la vida, a la integridad corporal, seguridad personal y el derecho a morir con dignidad y también considera que nadie tiene el deber de vivir ni de soportar sufrimientos.

Aún cuando dichas propuestas no han sido efectivas, un importante sector doctrinal considera que la eutanasia activa no debe ser punible siempre que hagan presente determinadas circunstancias y conductas precisas, tomando en cuenta siempre la voluntad del paciente y poniendo en manos de comisiones la decisión y control de la interrupción voluntaria de la vida.⁶²

3.4 AUSTRIA

El artículo 77 del Código Penal austriaco regula el homicidio consentido o a petición estableciendo que “el que ocasiona la muerte de una persona a petición seria e insistente de esta es sancionado con prisión de seis meses a cinco años”. La participación se sanciona en el artículo 78 que a la letra dice: “el que induce a otra persona al suicidio o le presta ayuda será sancionado con pena de prisión de seis meses a cinco años”. Debe consumarse el delito. Por lo

⁶¹ Vid Idem

⁶² Cfr. Idem

tanto, la tentativa no es punible.⁶³ En ambos casos, la pena privativa de libertad puede ser sustituida por pena pecuniaria.

La eutanasia pasiva cuando es consecuencia del rechazo de un tratamiento terapéutico practicado por un médico no parece que sea punible; aunque por lo anterior, inevitablemente se produzca la muerte, siempre que vaya dirigido a aliviar los sufrimientos y no a cortar la vida. De cualquier manera, la voluntad del paciente es fundamental, aunque de la negativa al mismo se produzca, como consecuencia, el deceso.

La cuestión es más problemática en caso de la eutanasia activa indirecta; un sector doctrinal establece que el médico no es responsable penalmente con administrar fármacos lenitivos ya que, aunque se produzca aún acortamiento de la vida o una aceleración de la muerte, no han sido administrados con esa intención.

3.5 HOLANDA

En Holanda el término eutanasia sólo se refiere a los actos destinados a terminar con la vida del paciente a petición expresa de este. Tanto la eutanasia como el suicidio asistido están prohibidos en el Código Penal Holandés.⁶⁴ En el artículo 293 se sanciona a todo aquel que “pone fin a la vida de otro mediante

⁶³ Cit. Por. Ibidem p. 227

⁶⁴ Vid Ibidem p. 234

petición consistente expresa y seria de éste” y en el artículo 294 sanciona a quien “intencionalmente incita a otro a suicidarse presta auxilio al suicidio o pone a disposición de la otra persona los medios para suicidarse”.

La decisión entorno al problema de la eutanasia en Holanda se ha venido determinando en gran medida por los Tribunales.

En las últimas décadas una serie de proyectos se presentaron para tratar de establecer una regulación legal al tema de la mejor eutanasia.

En los últimos 20 años se analizaron diversas razones a favor de la impunidad de la eutanasia y el auxilio al suicidio. Algunos de los criterios fueron aceptados por los Tribunales inferiores, pero la mayoría fueron rechazados por el Tribunal Supremo. Las bases jurídicas que a favor de la eutanasia y el auxilio al suicidio aceptó el Tribunal Supremo fueron las causas de justificación de Estado de necesidad o la presión psicológica difícil de superar, a que se refiere el artículo 40 del Código Penal que a la letra dice: “que una persona que comete el delito motivado por una fuerza frente la cual no puede ejercer resistencia, no es penalmente responsable”.⁶⁵

La diferencia de criterios sobre la posible regulación legal de la eutanasia dio comienzo con la resolución legal del Tribunal de Leeuwarden en 1975 en la que a pesar de condenar estableció una serie de condiciones en

⁶⁵ Ibidem p. 235

virtud de las cuales un médico podría poner fin a la vida del paciente sin ser objeto de procesamiento. Las condiciones a las que anteriormente nos referimos son:

- a) si el paciente por enfermedad o accidente fuera un enfermo incurable;
- b) Si el paciente soportase un sufrimiento físico o psíquico insoportable;
- c) Si siendo posible, hubiera comunicado por escrito su voluntad de poner fin a su vida;
- d) Que la muerte fuera inminente y;
- e) Que la acción fuese realizada por un médico especialista o por otro que hubiera consultado con este y fuese el que la tratase.⁶⁶

Durante la década de los setenta, la práctica eutanásica poco a poco se fue extendiendo amparada por la resolución del Tribunal de Leeuwarden si se cumplía con las condiciones establecidas por el mismo podría dejar de ser ilegal la terminación activa de la vida a petición del paciente.

En 1990 el Gobierno Holandés creó una Comisión presidida por el Profesor Remmelink Procurador de la Corte Suprema Holandesa con el fin de redactar un informe sobre la práctica eutanásica en el país, con el objetivo de alcanzar una regulación legal y finalmente establecer un procedimiento

⁶⁶ Idem

uniforme de notificación oficial de los actos de eutanasia. “El Comité Remmelink publicó su informe en 1991.”⁶⁷

La Sentencia del Tribunal Supremo Holandés de 16 de junio de 1994 contempla la posibilidad de alegar el estado de necesidad en determinadas condiciones en el caso de que el informe estuviese sometido a un sufrimiento insoportable, inutilidad del tratamiento y sin que el paciente fuese terminal.⁶⁸

Puede deducirse de las decisiones jurisprudenciales que la eutanasia y el auxilio al suicidio son posibles si existen:

- a) una petición previa, persistente y expresa realizada por un paciente capaz de decidir;
- b) un sufrimiento insoportable e intratable;
- c) imposibilidad de mejora;
- d) la eutanasia o auxilio deben ser practicadas por el médico que atiende al paciente o por un especialista.⁶⁹

Definitivamente se estima que la regulación actual corre el riesgo de que la jurisprudencia imponga límites más amplios que el propio legislador a efectos de la impunidad de la eutanasia activa.⁷⁰

⁶⁷ Vid Ibidem p. 237

⁶⁸ Vid Supra p. 236

⁶⁹ Cit. Por. Núñez Paz, Miguel Ángel. Loc. Cit.

⁷⁰ Ibidem p. 239

La finalidad principal parece haber sido de la mayoría de los actos de eutanasia y auxilio al suicidio sean de carácter público, ya que los mayores abusos se cometen cuando las prácticas son privadas.⁷¹

3.6 DINAMARCA

El Código Penal Danés de 1930, en su artículo 239, regula el homicidio consentido sancionado con prisión hasta de tres años y si existen estimulaciones piadosas detención con una duración de, al menos, setenta días.

Por lo tanto, si la muerte es consentida y se presentan los móviles de piedad ello equivale, prácticamente, al perdón judicial.

El artículo 240 sanciona la ayuda al suicidio aumentando la pena si la motivación persigue un interés hasta 3 años si el homicidio se realiza mediante móviles humanitarios pero sin consentimiento, entonces se castiga como homicidio intencional estableciendo la pena de reclusión con un mínimo de cinco años.⁷²

⁷¹ Vid. Idem p. 245

⁷² Vid Supra p. 232

3.7 ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

El Living Will (testamento vital) por primera vez fue introducido legalmente en 1976 en el Estado de California y posteriormente otros 35 Estados lo contemplan. Los Tribunales sostienen que el Living Will exonera a los médicos de toda responsabilidad civil y penal.⁷³

Existen en los Estados Unidos sectores que defienden los supuestos de la eutanasia la mayoría de los ciudadanos y sobre todo los médicos.

Cuando un médico proporciona medios o información para que el paciente pueda poner fin a su vida, entonces se considera que existe auxilio médico al suicidio; siempre que se considera que aquel podía suicidarse.

La eutanasia tiene cabida cuando es el propio doctor (facultativo) el que pone fin a la vida del paciente “lo anterior tiene, gran trascendencia penal, ya que el médico que práctica la eutanasia puede ser procesado como autor de homicidio o asesinato si la muerte del paciente es provocada de forma intencional y directa.”⁷⁴

⁷³ Vid Ibidem p. 245

⁷⁴ Vid Idem

En el año de 1994 se aprobó una Ley para la legalización del auxilio al suicidio en Oregón. Los diversos Organismos Civiles y Religiosos para evitar que llegue a tener efecto posteriormente impugnaron la Ley.⁷⁵

La Oregón Death with Dignity Act (Ley de Oregón para la muerte digna) determina que el paciente, al que se le haya diagnosticado alguna enfermedad de tipo terminal; por escrito puede pedir que se le aplique los medicamentos adecuados para poner fin a su vida de manera humana y digna.

La decisión del Tribunal y la aprobación de la Ley de Oregón, se les ha dado un gran apoyo popular y por parte también de un amplio sector médico que está a favor de la ayuda a morir en determinadas circunstancias.

En muchos Estados de los Estados Unidos ni siquiera se sancionan el auxilio al suicidio o suicidio asistido y en las que si se sanciona escasean los procedimientos.

Muy recientemente en la sentencia del 25 de junio de 1997, el Tribunal Supremo de Estados Unidos ha mencionado que la Constitución no permite el derecho de los enfermos terminales o en fase terminal a pedir a un médico que les ayude a morir a razón de lo anterior los diferentes Estados de la Unión pueden declarar ilegal esa ayuda. Esta doble decisión del Tribunal Supremo ha causado polémica y a la vez divide a la población estadounidense por sus

⁷⁵ Vid Ibidem p. 246

aspectos éticos y legales y en especial por el obstáculo (escollo) legal que supone el concepto de la denominada ayuda al suicidio. El Tribunal Supremo en 1990 reconoció el derecho a morir al establecer que la Constitución reconoce viable el rechazo a cuidados médicos no solicitados que protegen la vida artificialmente.

Según estudios estadísticos en Estados Unidos el 57% de la población esta a favor de la ayuda al suicidio y el 35% en contra.

“En noviembre de 1997 la Cámara de Representantes ha decidido volver a refrendar (someter a votación) la Ley de Oregón sobre la asistencia médica a los moribundos capaces que quieren poner fin a sus vidas.”⁷⁶

La propuesta de eutanasia fue presentada al Congreso como proyecto de ley, con el fin de proteger a los médicos de sanciones severas por prolongar el tiempo y proceso de muerte en enfermos terminales o cuando se hallen aplicando medicamentos para calmar los sufrimientos y dolores del enfermo.

De tal forma, se considera legal la interrupción de la vida bajo determinadas circunstancias que se deben dar para no llegar a violar la ley; hablamos de que debe ser siempre a petición del enfermo en fase terminal, que se debe de realizar la eutanasia en lugares públicos, practicada por el medio tratante, que el sufrimiento sea insoportable; etc., por mencionar algunos; por

⁷⁶ Vid Ibidem p. 248

otra parte, la eutanasia activa no será sancionada, siempre y cuando la finalidad no sea llegar a la muerte del enfermo terminal.

3.8 MEXICO

Senadores mexicanos presentaron recientemente una propuesta de ley para legalizar la eutanasia pasiva en México que, de ser aprobada por el Congreso, permitirá la terminación voluntaria de la vida bajo ciertas condiciones en el país, informaron a Efe fuentes legislativas.⁷⁷

La propuesta de la Comisión de Salud de la Cámara Alta ha tenido “muy buena aceptación” entre los senadores, dijo el secretario de ese órgano legislativo, Lázaro Mazón, del izquierdista Partido de la Revolución Democrática (PRD).

La eutanasia pasiva consiste en que a un paciente terminal le dejen de suministrar los medicamentos o le retiren los aparatos que lo mantienen con vida artificialmente, mientras que en la eutanasia activa se busca provocar directamente la muerte del enfermo.⁷⁸

La iniciativa de la ley se basó en principios humanistas y respeta el derecho a la libertad de autodeterminación de los individuos, tomando siempre

⁷⁷ <http://www.azcentral.com/lavoz/méxico/articles/0418eutanasia-CR.HTML>

⁷⁸ Idem

en consideración que esta libertad se dé de forma responsable e informada, según el PRD.

El plan pretende reformar el Código Penal Federal y crear la Ley General de Suspensión de Tratamiento Curativo, también llamada Ley de Derecho a la Muerte Digna.

Los requisitos para que la ley pueda ser aplicada son que el paciente esté en fase terminal, que le haya sido diagnosticada una muerte segura en un máximo de seis meses y que el o su familia, en caso de estar inhabilitado, hayan dado su consentimiento.⁷⁹

Según Mazón, lo que se pretende es dejar que la enfermedad siga su curso natural y sólo darle los calmantes para sobrellevar los síntomas de una enfermedad sin prolongar su existencia de manera artificial.

Además, el caso particular sometido a análisis tendría que ser avalado por el comité de bioética del hospital donde esté internado el paciente.

Partidario “de una vida y una muerte digna”, Mazón recordó que actualmente hay casos claros en que sería deseable interrumpir la vida de una

⁷⁹ <http://www.azcentral.com/lavoz/méxico/articles/0418eutanasia-CR.html>. Loc.cit

persona en situación terminal pero los médicos no actúan por falta de legislación.⁸⁰

“Incluso el Papa Juan Pablo II, en sus últimos días, solicitó a sus doctores no le suministraran más medicamentos, que lo dejaran morir en paz”, dijo Mazón en la Tribuna del Senado al referirse al sufrimiento de enfermos en fase terminal.

El legislador considera que “hay una posibilidad real de que sea aprobada” la normativa antes de que termine el actual período de sesiones, a fines de este mes, ya que la respaldan el PRD y senadores del Gubernamental Partido de Acción Nacional (PAN) y del Partido Revolucionario Institucional (PRI).

El senador de este último grupo político Manlio Fabio Beltrones sostuvo que el proyecto de ley es “una muy bien elaborada iniciativa que fundamenta perfectamente lo que puede ser el instrumento pasivo y activo” en torno a la eutanasia.

Una iniciativa anterior sobre la eutanasia activa fue presentada por la Diputada Eliana García, también del PRD, en 2005 y no prosperó.

⁸⁰ Idem

CAPITULO 4

EUTANASIA DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA MEDICINA

4.1 QUE ES LA MUERTE

“En las Sociedades Occidentales, se le considera a la muerte como la separación del alma del cuerpo. Sobre esta creencia la esencia del ser humano es independiente de las propiedades físicas. Como el alma no tiene una manifestación corpórea su partida no se puede observar o no se pueda determinar objetivamente. Debido a esta creencia se ha determinado la desaparición de la respiración como signo de muerte.”⁸¹

“La muerte es un fenómeno natural universal y único. Es natural porque si no intervienen causas antinaturales (asesinato, etc.), se produce, entonces, en su mayoría como consecuencia de accidentes, enfermedades y/o envejecimiento ocasionados en la relación con el medio ambiente o con procesos de desgaste fisiológicos. Es universal porque por una u otra causa todos los hombres dan muerte y morirán. Es único porque el concepto de muerte (término de la vida), a cada persona le sucede solo una vez.”⁸²

⁸¹ Enciclopedia Microsoft Encarta Op. Cit. p. 1

⁸² Enfermo Terminal, muerte y eutanasia. <http://aceb.org/term.htm>.

Actualmente, se cree que la muerte se presenta cuando la respiración y la circulación (expresada por el latido cardíaco) se detienen. Sin embargo, lo anterior esta en duda ya que los avances médicos han logrado que se mantenga la respiración y la función cardiaca a través de métodos artificiales.

Durante los últimos años, el concepto de muerte ha sido puesto en tela de juicio debido a que una persona pueda ya no tener la capacidad para realizar su actividad mental superior y sin embargo, mantener las funciones cerebrales inferiores (respiración espontánea). Por lo anterior algunas autoridades argumentan que la muerte se debe de considerar como la perdida de la capacidad para la relación consiente o social.

4.2 MUERTE CEREBRAL

La muerte cerebral puede definirse como un hecho clínico en el que debido a un daño irreparable del encéfalo el paciente se encuentra:

- 1) En estado de coma, arreactivo a cualquier estímulo.
- 2) En apnea (ausencia de respiración espontánea, precisando ventilación asistida).
- 3) Presencia de reflejos de tronco,⁸³

⁸³ Muerte cerebral. <http://www.atcpasturias.com./donaciones/muerte-cerebral.htm>

La presencia de estos hallazgos clínicos de forma mantenida y descontando que exista:

- Intoxicación medicamentosa.
- Hipertensión.
- Hipotermia importante.

Así estamos en presencia de un estado de coma irreversible y la prolongación de las medidas de mantenimiento en este caso, no conseguiría su supervivencia en estado vegetativo.

Por lo anterior, se afirma que: una persona está muerta cuando presenta el cese irreversible de las funciones respiratorias o bien el cese irreversible de todas las funciones cerebrales incluyendo el tronco cerebral. Para llevar a cabo la determinación de la muerte esta debe realizarse de acuerdo con los estándares médicos aceptados, puede comprobarse cuando el trazo del electroencefalograma es isoelectrico, indicando que la actividad cerebral es nula.

4.3 MUERTE REAL

La muerte “es la cesación total y definitiva de todas las funciones vitales,”⁸⁴ concepto que en la actualidad sufrió cambios debido al aprovechamiento de órganos y tejidos de cadáver para beneficio de un sujeto

⁸⁴ Dr. Fernández Pérez Ramón. Elementos Básicos de Medicina Forense. Editorial Méndez. 1992 p. 189

vivo, así: obedeciendo a lo anterior, un concepto útil para tal fin será el de la muerte cerebral que al momento que el trazador electroencefalográfico sea izo eléctrico o sea plano, entonces la necropsia debe practicarse y deberán aprovecharse los órganos y tejidos inmediatamente después de la muerte.

Sin embargo en términos fisiológicos la muerte es el último fenómeno biológico natural de un organismo, cuya involución senil comienza con el nacimiento.

Signos inmediatos de muerte real, son:⁸⁵

- a) ausencia de pulsaciones tanto en el antebrazo a nivel de la arteria radial, como en el cuello sobre la carótida.
- b) Falta de movimientos respiratorios torácicos 10 ó 15 minutos.
- c) Falta de ruidos cardiacos.
- d) Ausencia de reflejos oculares (óculo motores y foto motores).

4.4 MUERTE APARENTE

“Es un estado total de inmovilidad corporal y de insensibilidad absoluta que se puede presentar en ciertas enfermedades y que puede ser confundido con un estado de muerte.”⁸⁶

⁸⁵ Ibidem p. 191

⁸⁶ Ibidem p. 190

Debido a que la muerte aparente simula la muerte real da lugar a lamentables errores.

Los accidentes y enfermedades que pueden simular una muerte real son: el histerismo, la asfixia, la congelación y algunos envenenamientos, la conmoción cerebral, la anemia, el síncope. La catalepsia por ejemplo, simula la muerte hasta el grado de enterrar a una persona en tal estado, debido a que la persona que se encuentra en estado cataléptico permanece inmóvil e insensible aparentando así, la cesación completa de la vida,

4.5 MUERTE SÚBITA

“Es la que acontece en una persona con un estado de salud aparentemente bueno, de una manera más o menos brusca e inesperada y generalmente es debida a padecimientos del corazón o de los vasos o del sistema nervioso (infarto, aneurismas, hemorragias cerebrales) en otras ocasiones por colapso anestésico.”⁸⁷

Cuando se presenta una muerte súbita generalmente se notifica a las autoridades para una investigación médico legal. Esto ocurre porque de manera muy frecuente el occiso no había visitado a su médico recientemente (o nunca) o que debido a lo inesperado de su muerte no le haya dado tiempo para darse

⁸⁷ Idem

idea de la razón por la cual se presentó la muerte de forma no esperada. Este tipo de muerte en su mayoría obedece a causas naturales.

4.6 MUERTE VIOLENTA

“Es aquella que acontece en una persona con aparente estado de salud, más o menos buena, pero en la que encontramos causa externa manifiesta, con la que es posible establecer relación de causa a efecto entre un traumatismo y la muerte, se trata de homicidios, suicidios, accidentes y las causas pueden ser heridas por armas blancas, por proyectil de arma de fuego, envenenamientos, contusiones, etc.”⁸⁸

4.7 MUERTE NATURAL

“Esta muerte sobreviene por una enfermedad crónica ó por el progresivo debilitamiento de las funciones orgánicas, ajena a toda causa externa, traumática o violenta.”⁸⁹

4.8 SIGNOS CADAVERÍCOS

En la mayoría de los casos, el diagnóstico de la muerte no presenta dificultad alguna, máxime si se ha tratado a la persona durante su última

⁸⁸ Idem

⁸⁹ Idem

enfermedad. Sin embargo, habrá casos dudosos en virtud de los cuales se deberá seguir un método de estudio apropiado que deberá considerar dos tipos de comprobaciones:

1.- SUSPENSIÓN DE LAS GRANDES FUNCIONES QUE CARACTERIZAN LA VIDA:

- a) Abolición funcional del sistema nervioso.
- b) Paro funcional de la respiración.
- c) Paro funcional de la circulación.⁹⁰

2.- MODIFICACIONES FÍSICAS, QUÍMICAS Y MICROBIANAS.

Tienen un valor absoluto y también se les denomina como signos o fenómenos cadavéricos mediatos o tardíos:

- a) Enfriamiento
- b) Rigidez cadavérica o Rigor Mortis.
- c) Livideces Cadavéricas e Hipostasias Viscerales.
- d) Putrefacción.⁹¹

⁹⁰ Martínez Murillo y Saldivar S. Medicina Legal. Décima Tercera Edición. México. Editorial Méndez Oteo. 1985 p. 42

⁹¹ Idem

4.8.1 SIGNOS CADAVÉRICOS (RELATIVOS)

- a) Abolición funcional del Sistema Nervioso.- Consiste en la terminación de funciones intelectuales, afectivas, instintivas, sensitivas y de mortalidad; relajación.
- b) Paro funcional de la Respiración.- La respiración desaparece antes que la circulación. Se puede afirmar al colocar un espejo en la boca y/o nariz, si el espejo se empaña es que todavía respira. Por otra parte, también se puede colocar el estetoscopio y auscultar si hay presencia de ruidos característicos de la respiración.
- c) Paro funcional de la circulación.- Estando en presencia de un paro cardiaco encontramos ausencia de latidos, falta de pulso, tensión arterial nula.

Otros métodos útiles para el diagnóstico en este último caso, son:

- La aplicación de una gota de éter en el saco conjuntival.
- LIGADURA DE LOS DEDOS.- Se liga el extremo distal de uno o más dedos y si el sujeto está vivo ocurre una

congestión a consecuencia de que existe circulación sanguínea. No hay congestión si no hay circulación.

- PRUEBA DE ICARD.- Consiste en inyectar fluoresceína al 20% I. V.; si hay circulación presenta una coloración amarilla de la piel. Si no hay vida los resultados son negativos.

4.8.2 SIGNOS CADAVÉRICOS (ABSOLUTOS)

A) **ENFRIAMIENTO**.- Esto es a consecuencia del paro de las funciones vitales al desaparecer estas, la temperatura del cuerpo desciende a la temperatura del medio ambiente, posteriormente se vuelve inferior a él.⁹²

Se enfrían más rápidamente la cara y manos (3 –4 horas) por ser partes expuestas y el tronco puede retener la temperatura hasta 12 horas.

El enfriamiento varía según determinadas circunstancias, como tipo de enfermedad, medio ambiental, constitución física y muerte violenta.

B) **RIGIDEZ CADAVÉRICA** (rigor mortis).- “Es un proceso físico-químico en donde los músculos del cuerpo se endurecen se inicia de 2 a 6

⁹² Ibidem p. 43

horas después del fallecimiento y se completa en 12 horas en una temperatura media, ya que el frío la acelera y el calor excesivo la retarda.”⁹³

El siguiente orden es en el que se presenta la rigidez cadavérica:

- 1.- Nuca de 2 – 4 horas
- 2.- Cara de 4 – 6 horas
- 3.- Extremidades inferiores de 6 – 8 horas
- 4.- Manos de 8 – 10 horas
- 5.- Brazos y antebrazos de 10 – 11 horas
- 6.- Tronco 12 horas

La rigidez se mantiene completa desde las 12 a las 42 horas, la desaparición de la rigidez comienza a las 42 horas después de su aparición en climas de temperatura media, debido al inicio de la putrefacción.

C) LIVIDECES CADAVERICAS E HIPOSTASIAS VICERALES.- “Es un fenómeno cadavérico en donde la sangre se dirige a las partes de mayor declive, por mecanismo de gravedad, dando origen a la aparición de manchas de color violáceo en el cuerpo del cadáver.”⁹⁴

⁹³ Idem

⁹⁴ Ibidem p. 45

Las livideces cadavéricas aparecen cuando la sangre se acumula en la piel y tejidos subyacentes. Cuando se acumula en las vísceras se llama hipostasias viscerales.

Las livideces como las hipostasias nos indican la posición que guardaba el cadáver al ocurrir la muerte, en virtud de lo cual se les denomina también manchas de posición (decúbito dorsal, decúbito ventral, decúbito lateral izquierdo o derecho).

Las livideces en personas robustas aparecen en las 2 primeras horas después de la muerte. En personas demasiado delgadas aparecen 4 horas después de la muerte.

En las 12 horas posteriores al fallecimiento de la persona es donde las livideces se encuentran en su máxima intensidad.

D) PUTREFACCIÓN.- “Es la descomposición de las materias albuminoideas con producción de gases pútridos. Por lo tanto: Albúminas son proteínas que se encuentran en todos los tejidos”.⁹⁵

Este procedimiento de descomposición es llevado a cabo por los microbios aerobios, que son los que agotan el oxígeno del cadáver. Posteriormente hacen su intervención los microbios anaerobios que son los

⁹⁵ Ibidem p. 46

encargados de la putrefacción gaseosa al descomponer las albúminas y producir diversos gases como el ácido carbónico ácido sulfhídrico amoniaco e hidrógeno.

Los principales microbios que llevan acabo la putrefacción son:

- Bacillus Coli Putrificus
- Bacillus Sporogens, y
- Bacillus Perfringens

La primera manifestación de la putrefacción es la mancha verde abdominal, que se inicia en la fosa iliaca derecha, aproximadamente a las 24 horas en verano y el doble en tiempo en invierno. Esta mancha aparece cuando la hemoglobina se oxida y se combina con el ácido sulfhídrico. Esta mancha verde abarca todo el cuerpo en una semana y se hace de un color violáceo.

Por otra parte, la producción de gases forma vesículas dentro de los órganos y piel el cadáver se hincha especialmente en cara y escroto. Después los tejidos blandos se van destruyendo la piel se rompe el pelo y las uñas se caen conforme el cadáver se va destruyendo más el tórax y el abdomen se aplastan los líquidos que quedan se pierden los músculos se deforman y al cabo de 2 a 4 años solo queda el esqueleto.

El avance de la putrefacción obedece a la temperatura y al medio físico el frío la retarda demasiado.

4.9 ABORTO EUGENESICO

El término proviene del latín *abortus*: *ab* partícula privativa y *ortus*, nacimiento. Es decir: “no nacer”; también se deriva de *aborire*: nacer antes de tiempo, o sea, indica la destrucción de un organismo antes de su diferenciación total.⁹⁶

En las leyes de la antigua India, por el Código de Manú nos enteramos de que por la costumbre de mantener la pureza de la sangre, cuando una mujer de casta muy elevada quedaba embarazada por un hombre de casta inferior, el producto debía morir, ya por el suicidio de la madre o bien por el aborto. Se castigaba, pues, severamente la infidelidad de la mujer cometida contra su casta; la creencia justificadora de este tipo de aborto lo hacia entonces eugenésico o económico.⁹⁷

En Grecia, con excepción de determinadas prohibiciones, la práctica del aborto no se consideraba como un acto deshonesto; muy por el contrario, los filósofos hablaban de su práctica como un hecho natural.

⁹⁶ Quiroz Cuarón, Alfonso. Medicina Forense. Editorial Porrúa. 8° Edición. México, 1996. p. 676

⁹⁷ Idem

Sócrates admitía el aborto por voluntad de la madre y Aristóteles lo aprobada cuando la mujer había tenido demasiados hijos.

En Roma, según Mommsen, en los primeros tiempos fue considerado como grave inmoralidad el aborto provocado de un feto; sin embargo, ni en la época republicana ni en la primera del imperio, fue calificada como delito dicha acción; según las leyes regias, era permitido al marido practicar el aborto de su mujer, como una derivación del concepto patrimonial sobre los hijos.⁹⁸

En Egipto, el aborto se practicó principalmente en la época de los faraones, ya que para mantener pura su estirpe real sólo debían engendrar con sus hermanas, por lo que el aborto lo hacían las sacerdotisas o concubinas, en el caso de que se embarazaran. En el templo de Amón se encontraba la deidad llamada Sahu que era tenida como protectora de las prácticas abortivas. Asimismo, en el papiro de Ebers ya se encuentran referencias con respecto a la interpretación del embarazo.⁹⁹

El Código Penal vigente para el Distrito Federal, define el delito de aborto en su artículo 144 que a la letra dice: **“aborto es la muerte del producto de la concepción en cualquier momento del embarazo”**.

⁹⁸ Vid. Idem

⁹⁹ Quiroz Cuaron, Alfonso. Op. Cit. p. 678

Por otra parte el artículo 148 del Código anteriormente mencionado; señala como excluyentes de responsabilidad penal:

- I. **Cuando el embarazo sea resultado de una violación o de una inseminación artificial;**
- II. **Cuando de no provocarse el aborto, la mujer embarazada corra peligro de afectación grave de su salud a juicio del médico que la asista, oyendo esté el dictamen de otro médico, siempre que esto fuere posible y no sea peligrosa la demora:**
- III. **Cuando a juicio de dos médicos especialistas exista razón suficiente para diagnosticar que el producto presente alteraciones genéticas o congénitas que puedan dar como resultado daños físicos o mentales al limite que puedan poner en riesgo la sobrevivencia del mismo siempre que se tenga el consentimiento de la mujer embarazada; o**
- IV. **Que sea resultado de una conducta culposa de la mujer embarazada.**

Se menciona también que **“los médicos tendrán la obligación de proporcionar a la mujer embarazada, información objetiva, veraz, suficiente y oportuna sobre los procedimientos, riesgos, consecuencia y**

efectos; así como de los apoyos alternativos existentes para que la mujer pueda tomar la decisión de manera libre, informada y responsable”.

ABORTO TERAPÉUTICO

El juramento de Hipócrates rechazaba totalmente que un médico tuviera participación en la Declaración de Génova en 1948; posteriormente se modificó en la Declaración de Oslo en 1974 misma que permitía la intervención de los médicos en los abortos.

En la actualidad en muchos países, sus leyes contemplan la terminación legal del embarazo a esta práctica se le denomina “**ABORTO TERAPÉUTICO**”.

En Gran Bretaña para que pueda autorizarse un aborto terapéutico se requiere probar la existencia de alguna anomalía médica del embarazo la mujer tenga el riesgo inevitable de perder la vida.

Inglaterra, Gales y Escocia estuvieron de acuerdo con el Decreto de aborto de 1967, mismo que especifico que:¹⁰⁰

¹⁰⁰ Knight, Bernard. Medicina Forense de Simpson. 2ª Edición, Editorial El Manual Moderno. 1999 p. 144

1.- Un médico practicante registrado lleva a cabo la terminación del embarazo.

2.- Se realiza en un hospital de los servicios de salud o en un lugar específicamente registrado para ese propósito.

3.- Dos médicos examinan a la mujer y certifican que existen bases para la terminación. No es necesario que alguno de estos médicos sea la persona que lleve a cabo la intervención quirúrgica.

4.- La terminación se notifica a los oficiales médicos del Departamento de Gobierno indicado.

5.- Hay, 4 circunstancias de las cuales los 2 médicos que certifican especifican la razón para terminar con el embarazo;

- a) Que la continuación del embarazo pondría en peligro la vida de la mujer más que si éste terminará.
- b) Que pondría en peligro su salud física o mental.
- c) Que involucraría peligro a la salud física o mental de cualquier niño existente de la familia de la mujer más que si se terminará el embarazo.
- d) Que hay un riesgo significativo de que si el niño naciera, sufriría de anomalías físicas o mentales y se encontraría muy discapacitado.¹⁰¹

¹⁰¹ Idem

Sólo con la certificación de un médico se puede llevar a cabo la terminación del embarazo en cualquier momento, estando en presencia de una urgencia notoria para salvar la vida o salud de la mujer.

El estudio de la muerte es complejo, pero muy interesante, debido a que causas de muerte son muchas y las características que presentan cada tipo de muerte por así decirlo, son variables; obviamente, sin olvidarnos que al hablar de muerte nos referimos en términos generales, cuando una persona presenta abolición funcional del sistema nervioso, paro funcional de la respiración y paro funcional de la circulación; todo lo anterior debe comprobarse científicamente para que no haya algún error. Por lo tanto, debido a lo anteriormente mencionado al paso de la historia todos los aspectos que conllevan a la muerte de una persona, son considerados como delitos por haber una ley expresa que así lo determine.

CAPITULO 5

CASOS EN LOS QUE SE PUEDE LLEVAR A CABO LA EUTANASIA Y LA NECESIDAD DE IMPLEMENTAR UN PROCEDIMIENTO EN MATERIA PENAL PARA DETERMINAR SI ES APLICABLE A ENFERMOS EN FASE TERMINAL.

5.1 ENFERMEDAD Ó FASE TERMINAL

Estando en presencia de una enfermedad terminal concurren una serie de características que son importantes no solo para definirla, sino también para establecer el tratamiento adecuado para dicha enfermedad (terapéutica).

Los elementos fundamentales son:

- 1.- Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable.
- 2.- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- 3.- Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- 4.- Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico muy relacionado con la presencia explícita o no, de la muerte.

5.- Pronóstico de vida inferior a seis meses.¹⁰²

Produce una gran demanda de atención y de soporte esta situación compleja a los cuales debemos responder correctamente.

Por ejemplo, el cáncer, sida, enfermedades de moto neurona, insuficiencia específica orgánica (renal cardiaca, hepática, etc.) en mayor o menor medida, son enfermedades que cumplen con las características anteriormente mencionadas; en las etapas finales de la enfermedad.

La razón de ser de los cuidados paliativos es clásicamente la atención al enfermo de cáncer terminal.

5.2 ESTADO DE COMA

Es un estado patológico, que se caracteriza por la falta de respuesta a estímulos externos. Cuando se presenta un estado de coma profundo no existe respuesta alguna a estímulos de dolor; en algunos casos si se profundiza más puede terminar la respiración espontánea y ser necesaria la respiración artificial. La duración del coma puede ser parcial o irreversible y es posible que evolucione a un estado vegetativo persistente. Aún enfermo comatoso profundo

¹⁰² Secpa/GuiaCp/Definición de Enfermedad Terminal:características. <http://aceb.org/term.htm>

sin actividad electroencefalográfica demostrable en el cerebro, se le considera que se encuentra en una muerte cerebral.¹⁰³

El estado de coma es resultado de una reducción de la actividad metabólica cerebral, la cual puede ser causada, por una hemorragia cerebral, traumatismos craneoencefálicos, inflamación de los tejidos intracraneales debido a meningitis o encefalitis, sobredosis de drogas, hipoxia cerebral o alteraciones metabólicas generales. Unas de las alteraciones metabólicas más frecuentes son: la cetoacidosis diabética (exceso de acidez-PH bajo- en sangre desencadenado por hipoglucemia muy exagerada), el coma hepático (exceso de residuos nitrogenados en sangre por un mal funcionamiento del hígado – dañado tras una hepatopatía, por lo general vírica ó alcohólica-) y el coma uremico (exceso de productos de desecho en sangre por el mal funcionamiento renal). Los comas en su mayoría son reversibles. En algunos casos no se consigue privar al enfermo de la respiración artificial porque se desarrolla el denominado “cerebro de respirador”.

5.3 CANCER TERMINAL

“Las células que caracterizan a un cáncer provienen de una sola célula “transformada” que ha dejado dichas características a su descendencia. De la

¹⁰³ Enciclopedia Microsoft Encarta 2000. Coma Op. Cit.

realización de muchos estudios se ha descubierto que todas las células tumorales presentan características genéticas que comprueban su origen.”¹⁰⁴

“Las células que se encuentran en el sistema linfoide producen anticuerpos para destruir las sustancias extrañas que ya han penetrado al organismo. Todas las células que secretan exactamente esta molécula de anticuerpos tiene un origen común y se les llama **monoclonales**.”¹⁰⁵

Todas las células que se presentan en los canceres del sistema linfoide, secretan la misma molécula por lo tanto, provienen de una sola célula.

Entre el momento en que actúa el agente carcinógeno y el momento en que se manifiesta el cáncer puede transcurrir un período de entre 10 y 30 años. Entre los fumadores el periodo comprendido entre el principio de la intoxicación por tabaco y la aparición de un cáncer es de 20 a 30 años.

En las mujeres de 25 a 35 años, es muy frecuente que se observen displasias, es decir, regiones de la mucosa en donde adquieren las células la capacidad de multiplicarse fuera de las zonas donde normalmente se dividen. Cada una de estas displasias esta compuesta por células con las mismas características genéticas y que provienen de una sola célula. A los 40 años de edad aparecen canceres “in situ” es decir una proliferación anárquica del

¹⁰⁴ Tubiana, Maurice. El cáncer. México. Editorial Fondo de Cultura Económica, 1989 p. 75

¹⁰⁵ Ibidem p. 76

conjunto de la mucosa sin invasión de los tejidos subyacentes. Posterior a los 50 años se presenta un verdadero cáncer que aparte de mostrar la proliferación anárquica invade los tejidos más profundos. A partir de este momento para que el cáncer alcance el tamaño, el cual permita diagnosticarlo sin necesidad de examen médico deben pasar de 4 a 5 años.

Tipos de cáncer que se presentan con más frecuencia:¹⁰⁶

1.- CÁNCER UTERINO

- a) Cáncer del cuello uterino
- b) Histerocarrinoma (cáncer del endometrio)

2.- CANCER DEL SENO

3.- CANCERES EN LAS VÍAS RESPIRATORIAS.- Digestivas superiores y en los bronquios.

4.- CANCER EN LA PRÓSTATA

5.- CANCER EN LA VEJIGA

6.- CANCER DEL TESTICULO

7.- CANCER DE LA PIEL

5.4 SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA)

“Conjunto de manifestaciones clínicas que aparecen como consecuencia de la depresión del sistema inmunológico debido a la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana”¹⁰⁷ o la persona que se infecta con el VIH pierde en forma progresiva la función de las células llamadas linfocitos

¹⁰⁶ Ibidem Pass. Pp. 95-110

¹⁰⁷ Enciclopedia Microsoft Encarta 2000. Sida Op. Cit.

TCD 4, lo que la hace susceptible a infecciones como neumonías o micosis. En muchos de los casos dichas infecciones pueden llegar a provocar la muerte o la aparición en el paciente de algún cáncer.

Al comenzar la década de los 80 se presentaron diversos fallecimientos de consecuencia de infecciones que también se habían observado en pacientes transplantados los cuales, recibían una terapia inmunosupresora, para así, evitar el rechazo al órgano transplantado. Tal parece que un gran número de dichos fallecimientos se producían en varones homosexuales.

Es importante aclarar que el contraer una infección por VIH, no implica forzosamente que la persona vaya a desarrollar el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Por otra parte, existe constancia de que algunas personas han sufrido una infección por el VIH durante más de 10 años sin desarrollar ninguna de las manifestaciones clínicas que corresponden al diagnóstico del SIDA.

“Desde el momento en que la persona se infecta con el VIH hasta desarrollar el SIDA transcurre un tiempo de entre 6 y 10 años. Para el estudio de la evolución de la enfermedad se llevan a cabo distintas pruebas de laboratorio o por las manifestaciones clínicas que van apareciendo. Dentro de los marcadores bioquímicos se puede observar la baja de la cifra de linfocitos –

TCD4 que relativamente hace poco tiempo de ahí se ha partido para catalogar el estudio de la evolución de la enfermedad.”¹⁰⁸

Desde el año de 1996 la carga viral (cantidad de virus circulante en la sangre de la persona infectada) es el principal marcador de la evolución de la enfermedad.

Los síntomas que la mayoría de los pacientes experimentan al cabo de unas 3 semanas de haberse infectado por el VIH son pseudo gripales como lo es la fiebre cefalea, eritema, linfadenopatías y sensación de malestar. Lo anterior desaparece al cabo de 1 a 2 semanas. Estas fases se le llama fase de infección aguda, que es donde el VIH sufre mutaciones genéticas debido a que se multiplica a gran velocidad.

“**La fase asintomático** puede durar 10 años o más. Durante este tiempo, el virus presenta una serie de replicas causando la destrucción progresiva del sistema inmune.”¹⁰⁹

“En la siguiente fase llamada **fase sintomática precoz**, se inicia con el desarrollo de síntomas de enfermedad clínica y suelen presentarse infecciones oportunistas leves.”¹¹⁰

¹⁰⁸ Idem

¹⁰⁹ Idem

¹¹⁰ Idem

“La última **fase denominada SIDA o fase de enfermedad avanzada**, es donde aparecen infecciones, tumores definitorios del síndrome de inmunodeficiencia adquirida.”¹¹¹

5.5 RABIA

La rabia esta contemplada en los textos médicos desde el año 300 a. c. sin embargo, fue hasta el año de 1804 que fue descubierto el método de transmisión o contagio. En 1884 fue descubierta o desarrollada por el bacteriólogo francés Louis Pasteur la vacuna preventiva contra la rabia gracias a esto se ha reducido el índice de mortalidad por rabia en el hombre.

“Infección contagiosa, aguda del sistema nervioso central, producida por un virus específico que penetra en el organismo a través de la mordedura de un animal.”¹¹² Los animales susceptibles a contraerla son los de sangre caliente.

“En los seres humanos el periodo de incubación varía desde 3 semanas a 120 días con una media de entre 4 y 6 semanas. Cuando no se administra la vacuna de la rabia por lo general es mortal.”¹¹³

¹¹¹ Idem

¹¹² Enciclopedia Microsoft Encarta 2000. Rabia Op. Cit.

¹¹³ Idem

Cuando finaliza el periodo de incubación la herida cicatriza se inflama y es dolorosa y en ocasiones los tejidos locales se entumen.

Por otra parte los síntomas de depresión y ansiedad son muy frecuentes. Esta fase dura 2 días, en la siguiente fase, el periodo de excitación el paciente se vuelve irritable e hipersensible; presenta una actitud de terror, intensificada por la aparición de dificultad para respirar y tragar, y una sensación de estrangulación la misma es causada por contracciones espasmódicas del diafragma y laringe. “El paciente tiene mucha sed pero sufre espasmos de la laringe cuando ve agua o incluso cuando es mencionada, de aquí deriva el nombre original de la enfermedad (**hidrofobia**).”¹¹⁴ En esta fase se presentan vómitos, la palidez y la fiebre de 39°C. Posteriormente en la boca y garganta se acumula una secreción espesa de moco y el individuo expectora con frecuencia. Esta fase en la mayoría de los casos finaliza con la muerte por crisis convulsiva o por insuficiencia cardíaca o respiratoria; su duración es de 3 a 5 días.

¹¹⁴ Vid. Idem

**5.6 ANCIANOS MISMOS QUE A CONSECUENCIA DEL
PROGRESIVO DEBILITAMIENTO DE SUS FUNCIONES
ORGANICAS ESTEN IMPOSIBILITADOS DE VALERSE POR SI
MISMOS, PARA REALIZAR LAS FUNCIONES MAS
ELEMENTALES.**

Es importante mencionar que debido a las primeras influencias del estudio del envejecimiento, el biólogo Cowdry en el año 1939 no ofreció una definición formal pero hizo una afirmación que viene a ser un equivalente **“desde que casi todos los organismos vivientes pasan por una secuencia de cambios caracterizados, por el crecimiento, desarrollo, maduración y finalmente SENECTUD, el envejecer presente un amplio problema biológico”**.¹¹⁵

Por otra parte el biólogo Handler en el año de 1960 ofreció una definición precisa del envejecimiento: **“el envejecer es el deterioro de órgano maduro resultante, esencialmente de cambios irreversibles, intrínsecos a todos los miembros de una especie, en dependencia con el tiempo tal que con el paso del tiempo, se verían incapaces de forma creciente para**

¹¹⁵ Cit. Por. Saez, Narciso y Vega, José Luis. Acción Socio-Educativa en la Tercera Edad 1°. Edición. Barcelona España. Ediciones Ceac. 1989 p. 37

asimilar los factores del medio, incrementando de esta forma la posibilidad de muerte”.¹¹⁶

Los psicólogos juegan un papel importante en relación con el proceso del envejecimiento, debido a que no solo lo ven como un fenómeno biológico que marca límites el ciclo de la vida, si no que también enfocan su atención en los procesos de cambio o diferenciación relacionados con todo lo que engloba el comportamiento humano; y así, de esta manera definen y establecen que **“el envejecer se refiere a los cambios regulares que ocurren en organismo maduros, genuinamente representativos, que viven bajo condiciones ambientales representativas, a medida que avanzan estos en edad cronológica”.**¹¹⁷

Debido al avance de la edad, inevitablemente se van desarrollando enfermedades crónicas y sus variantes que se derivan de las mismas; asimismo, se presentan en la vida del anciano una disminución de sus capacidades fisiológicas (rapidez y fuerza), aparecen dolores y limitaciones funcionales y finalmente, el riesgo evidente de la muerte.

En consecuencia a lo anteriormente mencionado vemos que el anciano es quejumbroso, histérico o hipocondríaco.

¹¹⁶ Idem

¹¹⁷ Ibidem p. 38

Existen teorías fisiológicas que explican el envejecimiento, sobre la base de una disminución o deterioro en los mecanismos fisiológicos de control.

5.6.1 TEORIA DEL DETERIORO ORGANICO

- a) **SISTEMA CARDIOVASCULAR:** Dado que el corazón y los vasos sanguíneos se deterioran por el paso de los años, esto constituye una de las principales causas de la muerte; se ha considerado al sistema cardiovascular como la primera causa de la muerte y del envejecimiento. De acuerdo con esta hipótesis el envejecimiento resulta del deterioro progresivo de los vasos sanguíneos como consecuencia de la arteriosclerosis.¹¹⁸
- b) **GLANDULA DEL TIROIDES:** Esta teoría señala que el envejecimiento se debe a una disfunción en la glándula del tiroides a una disminución del proceso metabólico a nivel celular que es regulado por la glándula del tiroides.¹¹⁹
- c) **GLANDULAS SEXUALES:** Señala que una de las principales causas del envejecimiento la constituyen el deterioro de las glándulas sexuales. Sin embargo, es casi nula la evidencia de que el

¹¹⁸ Vid. Supra p. 43

¹¹⁹ Idem

envejecimiento en relación con el fenómeno biológico, sea causa de una disminución en la secreción endocrina del ovario.¹²⁰

5.6.2 CAMBIOS CARACTERÍSTICOS Y ALTERACIONES FUNCIONALES RELACIONADOS CON EL ENVEJECIMIENTO

Las diferencias individuales son notorias y muy amplias, pero ello no significa que en el proceso de envejecimiento puedan identificarse rasgos genéricos.

A pesar de ser muy importantes los rasgos físicos (apariencia), interesa más la atención en órganos y miembros, en sus repercusiones sobre los procesos psicológicos y en su funcionamiento mismo. El problema estriba en conocer como al paso del tiempo los órganos y miembros se vuelven deficientes así afectando al individuo en su vida cotidiana. Por ejemplo:

Hablando de percepción sensorial, a medida que pasa el tiempo sufre ligeras disminuciones, lo anterior hace notar un deterioro de la capacidad de recepción y tratamiento de la información recibida del entorno:

¹²⁰ Idem

- a) **PERCEPCIÓN VISUAL:** Con el envejecimiento la cornea pierde elasticidad y disminuye su capacidad de focalización. A este fenómeno se le denomina presbicia y aumenta con la edad.¹²¹
- b) **PERCEPCIÓN AUDITIVA:** A través de observaciones clínicas, se notan trastornos de tipo acústico por deterioros que se presentan en el sistema auditivo y fonológico, los cambios más importantes, están vinculados al oído interno y, a las vías nerviosas asociadas; todo lo anterior se ve afectado, por el paso del tiempo dificultando así la audición normal.¹²²

En México el proceso natural de envejecimiento, forma una experiencia de angustia en cada persona pues ahora, la vejez es sinónimo de imposibilidad para obtener satisfacción psicológica, social y económica.¹²³

Por otra parte, hay sectores de personas que forman parte de la denominada tercera edad quienes viven una situación demasiado desfavorable ya que son objeto en muchas ocasiones de agresiones (abandono, golpes, confinación, desprecio y marginación). Nos referimos a los que además de ser ancianos son indigentes, indígenas, discapacitados, mujeres, trabajadores del campo, etc.

¹²¹ Vid. Supra p. 52

¹²² Vid. Supra p. 52

¹²³ Caritas Bienestar del Adulto Mayor, I. A. P. Manual de Vejez y Proceso de Envejecimiento. 1º Edición. México. Editores Plaza Valdés. 2002 p. 27

En la Ciudad de México, en virtud de que es una entidad con un alto índice poblacional es donde se encuentra una mayor cantidad de personas que rebasan los sesenta años de edad.¹²⁴ La mayor parte de los ancianos muere a causa de padecimientos crónicos degenerativos tales como problemas cardiovasculares, cáncer, diabetes, tumores, de tipo transmisible, así como por accidentes y lesiones.

5.7 LA EUTANASIA COMO FORMA DE OBTENCIÓN DE ORGANOS PARA TRANSPLANTE

En los Estados Unidos de América, cada año 8,000 mil personas padecen insuficiencia renal en fase terminal, las cuales esperan recibir un transplante de riñón para prolongar su vida. Lo anterior se debe a:

- a)** La escasez de donadores.

- b)** Que los tejidos del donador no son compatibles con los del receptor.

- c)** A lo complicado y costoso del procedimiento quirúrgico.

Por otra parte, en muchos países las leyes dificultan o impiden los transplantes y esto refleja un panorama nada halagador para el que espera el transplante. Diariamente mueren muchas personas en coma irreversible, a causa de accidentes de tránsito, homicidio, suicidio o muerte súbita que

¹²⁴ Vid. Caritas Bienestar del Adulto Mayor, I. A. P. Op. Cit. p. 30

pudieron haber donado sus riñones si las leyes y el ambiente moral lo hubiesen permitido.

En México como en otros países se han dictado leyes que hacen posible el procedimiento para el transplante de órganos. De esta manera cuando algún órgano dejare de funcionar correctamente por enfermedad u otra causa, se pueda reemplazar por otro en buenas condiciones.

El reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Control Sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos señala en su numeral 6 en su fracción XVI que órgano es **“una entidad morfológica compuesta por la agrupación de tejidos diferentes que concurren al desempeño del mismo trabajo fisiológico”**.

En la fracción X del reglamento que antecede señala que **“disponente es quien autorice de acuerdo con la Ley y este reglamento la disposición de órganos, tejidos, productos y cadáveres”**.

Así también, en su fracción XX señala que el receptor es **“la persona a quien se le transplantará o se le haya transplantado un órgano o tejido, transfundido sangre o sus componentes mediante procedimientos terapéuticos”**.

Por otra parte, la Ley General de Salud en su artículo 331 a la letra señala que **“la obtención de órganos o tejidos para transplantes se hará preferentemente de sujetos en los que se haya comprobado la pérdida de la vida”**.

Para realizar los transplantes, de donantes que hayan perdido la vida deberá cumplirse lo siguiente (artículo 334 Ley General de Salud):

1.- Comprobar, previamente la extracción de los órganos y tejidos, 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.

2.- Existir consentimiento expreso del donante o no constar su revocación del tácito para la donación de sus órganos y tejidos y.

3.- Asegurarse de que no exista riesgo sanitario.

Cabe señalar que para la **“asignación de órganos y tejidos de donador no vivo, se tomará en cuenta la gravedad del receptor, la oportunidad del transplante, los beneficios esperados, la compatibilidad con el receptor y los demás criterios médicos aceptados”**. (Ley General de Salud artículo 336).

5.8 PROCEDIMIENTO EN MATERIA PENAL PARA DETERMINAR SU APLICACIÓN EN ENFERMOS TERMINALES, PROPORCIONÁNDOLES ASÍ UNA MUERTE DIGNA

5.8.1 PROCEDIMIENTO PARA OBTENER LA EUTANASIA PROPUESTO POR KRAUS

Los mexicanos en fase terminal deben de tener el derecho a decidir continuar o no con su vida. (ARNOLDO KRAUS, MIEMBRO DEL CONSEJO NACIONAL DE BIOÉTICA AC).

La opción de seguir con una existencia carente de dignidad y calidad, podría manifestarse en vida bajo un documento escrito por la misma persona, en donde exprese a detalle su voluntad;¹²⁵ lo anterior estando en pleno uso y goce de sus facultades mentales, a lo anterior se le conoce como VOLUNTADES ANTICIPADAS cuyo antecedente es el testamento vital o en vida. El método para llegar al bien morir, según Kraus: Consistiría en dar medicamentos orales o aplicar vía intravenosa un sedante al enfermo, quien en todo momento permanecería rodeado de sus seres queridos.¹²⁶

¹²⁵ ¿Eutanasia? <http://www.Eutanasia>. Pdf deusuarios.Lycos.es

¹²⁶ Idem

El procedimiento en Estados Unidos manifiesta que a través de un apoderado legal y dos testigos se llena un documento en donde consta lo que la persona quiere que se haga en caso de encontrarse en terapia intensiva.

“En los casos de persona descerebradas, si quieren permanecer vivas durante 2 o 3 meses o simplemente no lo desean así.” En caso de una buena relación médico-paciente, cuando este último está sano, es importante que le diga lo que quiere y no quiere que le hagan al final de su vida. Kraus: “yo si me he involucrado en esto, con pacientes que llenan voluntades anticipadas.”¹²⁷

Cuando el paciente ya está muy mal, y ya no está conciente para tomar decisiones, apuntó Kraus: “Entonces los familiares directos son quienes o hacen y muchas veces el médico puede optar por dejar de hacer lo que se estaba haciendo para prolongar la existencia o no hacer lo que recomienda para mejorar al enfermo.”¹²⁸

5.8.2 LA EUTANASIA EN LOS PAISES BAJOS

La ley vigente en los Países Bajos, exige el informe de los casos de los casos de eutanasia que los médicos llevan a cabo de una manera que se puedan analizar y valorar si debiera comenzar un procedimiento criminal. Sin embargo, se da aviso en menos de la mitad de los casos.

¹²⁷ Vid. Idem

¹²⁸ Vid. Idem

En los países bajos, los actos eutanásicos siguen constituyendo delito; los médicos que los llevan a cabo no son procesados siempre que se compruebe lo siguiente:¹²⁹

- a) El paciente ha solicitado la eutanasia de modo meditado, voluntario, insistente y explícito;
- b) El Médico tiene una relación con el paciente lo bastante estrecha para poder establecer si la petición ha sido voluntaria y meditada;
- c) De acuerdo con la opinión médica imperante, el sufrimiento del paciente sea insoportable y no había perspectivas de mejoría;
- d) El Médico y el paciente han analizado las alternativas a la eutanasia;
- e) El Médico ha consultado, como mínimo, a otro colega con un punto de vista independiente;
- f) La Eutanasia se ha llevado a cabo de acuerdo con una práctica médica adecuada.

En los Países Bajos, el médico debe notificar, en caso de una eutanasia al forense municipal y a la comisión regional de comprobación de la eutanasia. Dicha comisión está integrada por un jurista, un médico y un experto en cuestiones éticas.

¹²⁹ Cit. Por. Dworkin, Gerald. La Eutanasia y el Auxilio Médico al Suicidio. Cambridge University Press. p. 149

Si la comisión determina que el médico ha actuado con el cuidado y esmero profesional que se exige, el caso está terminado y en caso de que la comisión encuentre alguna anomalía trasladara el caso al ministerio fiscal.

5.8.2.1 LEY DE COMPROBACIÓN DE LA TERMINACIÓN DE LA VIDA A PETICIÓN PROPIA Y DEL AUXILIO AL SUICIDIO EN LOS PAISES BAJOS

REQUISITOS DEL CUIDADO Y ESMERO PROFESIONAL

1. Ha llegado al convencimiento de que la petición del paciente es voluntaria y bien meditada;
2. Ha llegado al convencimiento de que el padecimiento del paciente es insoportable y sin esperanza de mejorar;
3. Ha informado al paciente de la situación en que se encuentra y de sus perspectivas de futuro;
4. Ha llegado al convencimiento junto con el paciente de que no existe ninguna otra solución razonable para la situación en la que se encuentra este ultimo;
5. Ha consultado, por lo menos, con un medico independiente que ha visto al paciente y que ha emitido su dictamen por escrito sobre el cumplimiento de los requisitos de cuidado a los que se refieren los apartados del a al d y,

6. Ha llevado a cabo la terminación de la vida o el auxilio al suicidio con el máximo cuidado y esmero profesional posible.¹³⁰

5.8.2.2 REQUISITOS PARA LLEVAR A CABO LA EUTANASIA ACTIVA EN HOLANDA

- A) Solo los médicos pueden aplicarla;
- B) La solicitud debe ser hecha por enfermos competentes;
- C) La decisión debe ser documentada, repetida y libre de duda;
- D) El medico debe pedir una segunda opinión;
- E) La decisión del enfermo debe ser libre de toda presión;
- F) Que el paciente experimente sufrimiento insoportable sin posibilidades de cambio;
- G) No existen medidas o procedimientos que mejoren las condiciones del paciente o que hagan su sufrimiento soportable.¹³¹

¹³⁰ Cit. Por. Cano Valle, Fernando. Eutanasia Aspectos Jurídicos, Filosóficos, Médicos y Religiosos, 1ª Edición 2001. Editorial UNAM. Pp. 58-59

¹³¹ Ibidem p. 172

A través del estudio de lo que llamamos enfermedad en fase terminal, encontramos que para que se de la misma, se deben de observar algunos puntos importantes como son: a) ya que la enfermedad sea progresiva e incurable; b) que no haya posibilidad positiva de algún tratamiento; c) que el estado de salud sea demasiado malo, con dolores insoportables y altibajos de salud constantes; d) que a consecuencia de la muerte ya inminente, haya un impacto muy fuerte, emocionalmente hablando en el paciente familiares; e) pronostico de vida menor a 6 meses.

Obedeciendo a lo anterior, existen algunas enfermedades que si se presenten en el organismo, y no son atendidas a tiempo pueden llegar a tener las características de enfermedad terminal y en cuanto al tiempo avanzado de incubación del virus en el cuerpo se llega a nombrar etapa en fase terminal.

Por otro lado, el envejecimiento también es un causa de muerte debido que por el paso del tiempo, el organismo humano va teniendo una serie de cambios físicos, y por así decirlo, morales ya que se van deteriorando todas y cada una de las funciones vitales.

En México, con relación a la donación de órganos, han llegado a fallecer miles de personas debido a que hay muy pocos donadores altruistas, se debe también a que los procedimientos son caros y a la incompatibilidad con quien los va a recibir.

En la actualidad, en las Naciones donde es regulada y permitida la eutanasia, la ley aplicable señala una serie de requisitos que generalmente son los mismos atendiendo a la Nación de que se trate, por mencionar algunos tenemos:

- A) que el paciente solicite la eutanasia de forma voluntaria, insistente y explícita;
- B) que el médico tratante tenga una relación muy cercana al paciente, para determinar si la relación es voluntaria y debidamente meditada;
- C) que el médico tratante consulte a otro colega para tomar una buena decisión respecto si es aplicable o no la eutanasia;
- D) que la eutanasia se lleve a cabo bajo una práctica adecuada, así como que se deba practicar en el lugar correctamente establecido.

5.9 CASO PRÁCTICO

UN JOVEN DE 29 AÑOS DE EDAD, CON CÁNCER TERMINAL DE PÁNCREAS RELATA SU VÍA CRUCIS:

Francisco acaba de cumplir 29 años y la ciencia le ha regalado una cruel certeza: no va a llegar a los 30 años de edad. Tiene un cáncer terminal de

páncreas, para el cual no existe hoy día ningún tipo de tratamiento médico que le de mínima esperanza de vida.

Este joven desahuciado tomo la decisión de no prolongar un sufrimiento innecesario. Demando su derecho a la eutanasia, y para ello buscó ayuda medica y asesoría legal.

LA DECISIÓN

Cuando supe que tenía cáncer de páncreas caí en una profunda depresión. Estaba enojado con el mundo y en mi mente se presentaba la pena y la desilusión.

Con el paso de los días y después de un debate emocional en mi interior, pude pensar con claridad sobre el miedo a la muerte, la frustración, el sufrimiento físico y mental, el dejar a mi esposa e hija, mis sueños y anhelos... Por primera vez desde que conocí el diagnóstico, asumí el carácter fatal e inevitable de mi destino. Fue entonces cuando tomé la libre decisión de evitar una agonía innecesaria y reclamé al médico el derecho a la eutanasia.

“No te voy a matar ni voy a acelerar deliberadamente tu muerte –dijo- porque, aun cuando lo haga como un acto de compasión bien sabes que es ilegal. Lo que si puedo hacer es preservarte en las mejores condiciones, con los cuidados paliativos necesarios y evitándote al máximo los dolores. Cuando

llegue el momento bajaría el apoyo médico y retiraría el soporte tecnológico, más no el vital –alimento y agua por sonda o intravenosa-. Eso es lo que puedo hacer para ayudarte”, concluyo el gastroenterólogo que lleva mi caso, me replicó que el Derecho Penal vigente en México, castiga como autor de homicidio a quien (ya sea activa o pasivamente), ayuda a morir a un desahuciado.

UNA SEGUNDA OPINIÓN

Solicite una entrevista con Fernando Cano Valle, médico integrado al Instituto de Investigaciones Jurídicas (UNAM). Acudí a él porque coordinó el foro titulado “Debate sobre la eutanasia”.

Le planteé mi caso en su consultorio de medicina sur “Lo que usted me está pidiendo –soltó de entrada- es que lo mate que lo ayude a suicidarse. Mi respuesta es ¡no! Yo no estoy en estos términos”. Me explicó, uno se abstiene de intubar al paciente, y por su puesto que lo hidrata, lo alimenta, le seda el dolor y deja que evolucione la enfermedad paliando las molestias. Pero ,si a pesar de los cuidados el paciente agrava, se le suministran una serie de soluciones que le permitan no sufrir.

Entonces –pregunté- ¿Estaría aplicándome una eutanasia pasiva? “Si – me confirmo- pero en la que no actúo, sino que dejo de hacer. El dejar de hacer es una eutanasia plenamente justificada”.

Cano Valle rectificó: “Si yo en este momento le ayudo a bien morir, voy a ser sancionado por la ley, es punitivo aun cuando haya actuado con el propósito de evitar el dolor. Claro que hay atenuantes y estos pueden ser que en vez de que me den 3 o 4 años de prisión me darán 6 meses o una sanción cancelando mi cédula médica por un periodo. Yo estoy convencido que el médico esta estructurado, diseñado y formado para salvar vidas; y no para favorecer la muerte, esa es mi convicción absoluta. A hora bien, también estoy convencido de que en muchos casos exista la eutanasia en la oscuridad y hay casos en el sector salud, no sé cuantos ni en que hospitales, pero se que los hay”.

PROPUESTA DE SOLUCION

Antes de despedirnos, Cano Valle me proporcionó un resumen de las ponencias del foro que coordinó, del cual me sugirió poner especial atención en la propuesta de solución presentada por el Doctor Enrique Díaz Aranda también investigador de la (UNAM) y especialista en eutanasia.

En el documento referido, Díaz Aranda analiza las sanciones a quien ayuda a bien morir a un desahuciado, de acuerdo con nuestra legislación vigente y dependiendo del tipo de eutanasia. La eutanasia activa directa que consiste en provocar la muerte del paciente en el momento en que lo solicita, se sanciona con 4 a 12 años de prisión. De tal suerte, si algún médico accede a mi petición será sancionado con cárcel.

En caso de que se me aplicara la eutanasia pasiva, la cual implica no iniciar o interrumpir el tratamiento a un paciente con una enfermedad incurable, la conducta del ejecutante también será castigada con cárcel, salvo en el caso de que se compruebe que los medios hayan sido empleados para salvar otra vida con mayor pronóstico. Díaz Aranda sostiene que aquel que priva de la vida al paciente terminal que lo solicita no cometerá el delito de homicidio previsto en el 312 del Código Penal, porque dicho artículo no fue emitido para sancionar penalmente a quienes practican la eutanasia activa directa –en 1931, no se tomaron en cuenta esos supuestos-. Además, en su opinión el consentimiento del desahuciado para que se le aplique la eutanasia es una causa de exclusión del delito. Esta decisión tiene un sustento legal en el derecho fundamentalmente a la libre disponibilidad de la vida.

MI UNICA OPCION: LA ILEGALIDAD

Al terminar su lectura, la propuesta de Díaz Aranda me brindó un mínimo de esperanza. Si en verdad los órganos judiciales emitieran una interpretación como la que propone, entonces existe la posibilidad de que tras expresar de manera libre mi decisión, el médico que ejecute mi muerte no sea sancionado penalmente. De esta manera necesitaba la opinión de un experto en materia penal. Me acerque a Miguel Carbonell también investigador del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. El jurista fue tajante: “No hay ninguna posibilidad de escape legal tras la privación de la vida que hace una persona a otra, ni aun en aquellos casos en los que el sujeto pasivo del delito

es afectado de una enfermedad incurable, ni tampoco en los que es la propia voluntad del sujeto la que pide terminar con su vida. En México, no tenemos este tipo de excusas”

“Pero yo tengo la libertad de disponer de mi propia vida –dije convencido- y añadí: es un compromiso suscrito y ratificado por México en La Declaración Universal de Derechos Humanos.” Los compromisos internacionales firmados por México en materia de derechos humanos son bastante generales. Además. Los tratados internacionales se conocen poco y se aplican todavía menos. Los jueces a quienes corresponde conocer este tipo de delitos, que son normalmente del fuero común, no los aplican, vaya no forman parte de su esquema jurídico normativo cotidiano. Ahí si no hay que hacernos falsas ilusiones.

Me aseguro que si mi médico accede a practicarle cualquier tipo de eutanasia, sin duda tendría que enfrentarse a la justicia. La ley existe y no hay excepciones, aunque –reconoció- otra cosa es que la ley no se aplique. Ya sabemos que la ley se aplica según convenga. Entonces pregunté, ¿ Que puedo hacer, Cuales son mis alternativas?

Desde el punto de vista legal no hay salida, la única posible sería ubicarte en el sector de la ilegalidad; que es lo que se suele hacer, o rechazar por voluntad propia cualquier tratamiento. Ahora insisto, si estás bajo tutela

médica, en los términos que marcan las leyes mexicanas, no te pueden dejar morir.

LOS LÍMITES EN LA ACTUACIÓN MÉDICA.

El gastroenterólogo Juan Francisco Rivera Ramos conoce bien mi caso me salvo la vida en mayo de hace un año, me ataco una severa pancreatitis. Lo consulte, en su consultorio de la Colonia Irrigación a unas cuadas del hospital español. Aunque sea en la oscuridad –inicio la conversación- la eutanasia se practica en los hospitales, en las casas... ¿Porqué los médicos no lo dicen abiertamente?

“En vista de que la eutanasia en México, es un acto ilegal –respondí-, nadie en el gremio médico acepta que la a cometido. No es conveniente para nadie, aunque sepamos que en un momento dado lo estamos haciendo, ya sea eutanasia o suicidio asistido. Le pedí que ejemplificará un caso real a lo que replicó”. A mi me ha tocado vivir la muerte de algunos ex –maestros míos. En especial, podemos hablar de un cardiólogo que en sus últimos momentos le decía a su desesperado alumno: “Ya no hagas más esfuerzos, ¿no vez que llegó mi hora? Déjame morir en paz”. Bueno, ahí el paciente lo pidió y nada más tuvimos que respetar sus órdenes.

Entonces -pregunte- ¿Cuándo se respeta la orden de un paciente que lo solicita? “Cuando no tenemos la capacidad de recuperarlo.” Es entonces cuando empezamos a marcar los límites de la actuación.

Si el enfermo terminal no responde en consecuencia dejamos de hacer un acto inútil. Retiramos un aporte de medicamentos, luego el de apoyo de equipo y así vamos instituyendo una especie de “eutanasia progresiva pasiva”, que se va instalando gradualmente en un lapso de entre 24 y 72 horas. Finalmente sí lo estamos ayudando a bien morir. Sin embargo precisó, aquí ya no estamos hablando de eutanasia, si no de tener un límite razonado en la actuación médica. Desde el punto de vista legal quizá no haya ningún problema, posiblemente el único conflicto para el médico sea moral.

Entonces dije: “Usted conoce mi caso. Si se lo pido hoy ¿accedería a limitar su actuación médica cuando llegue a la fase terminal, es decir, a practicarle la eutanasia pasiva?”

Sí, contesto de inmediato, porque ahí sí estamos hablando de eutanasia de una verdadera buena muerte, en la que no se lesione la moral de la familia, ni la economía familiar, y en la que el moribundo, no permanece necesariamente en el hospital. Solté la pregunta: ¿Esta dispuesto a correr los riesgos legales?

Después de un par de segundos respondió “sí porque en este caso, no estamos matando a nadie, ni acelerando la muerte. Estamos hablando de un límite de actuación que se que se acerca mucho a lo que es eutanasia”.Y agregó: yo creo, que en nuestra legislación deberíamos retomar la palabra eutanasia y ver, que es realmente para las autoridades. Eutanasia es dar una buena calidad en el fin de la vida, ayudar a pasar a la muerte en la mejor de las formas. En cambio, el administrar un veneno, quitarle el oxígeno a alguien es asesinar. La eutanasia no tiene porque penalizarse o despenalizarse, simplemente ha existido siempre; el ayudar a bien morir, el confortar a un enfermo, el estar a su lado, el ser su médico de cabecera, el estar preocupado por lo que le pase, eso es eutanasia; posteriormente comentó: la eutanasia activa es la que nos preocupa, porque la eutanasia activa finalmente es matar; así las cosas, hay que ayudar a bien morir, mas no inducir a la muerte.

TENEMOS UN TRATO

Consulté a varios médicos pero ninguno accedió a practicarme la eutanasia activa directa, por tratarse de un acto ilegal. También conversé con un sacerdote; me habló del “valor sagrado de la vida humana”, me aseguro que mi vida, es un bien ajeno, es decir, de Dios, y que la eutanasia es injusta porque es una usurpación del derecho de Dios sobre el ser humano.

Finalmente di con un amigo de la preparatoria que estudió medicina y actualmente trabaja en una clínica particular, debo aceptar que me costó trabajo

convencerlo, me sentí como un suicida frustrado, como una especie de tanatofílico obsesionado con su propia muerte.

Cuando me dijo: “Esta bien Paco... yo te ayudo”, ni siquiera me sentí confortado. Tenía de frente, al hombre que pronto me va tener que ayudar a bien morir. El hecho de morir en la clandestinidad, y peor aun, al margen de la ley, me provoca náuseas. Me imaginé como a un delincuente y su cómplice; acordamos que mi muerte será en casa, tendré dentro de lo posible, los cuidados paliativos necesarios; estaré -espero- cerca de mis seres queridos, acompañado de una tanatóloga que si bien, no está de acuerdo con mi determinación, la reconoce como un acto de plena libertad. Pero cuando llegue el momento, cuando esté por entrar en la fase terminal, y a la agonía, cuando los sufrimientos sean innecesarios, se me suministrará un cóctel de medicamentos que acelerarán el proceso de mi muerte.

Finalmente sólo quiero dejar claro que la decisión de este suicidio asistido, la tomé en pleno uso de mis facultades mentales, sin presiones externas y ejerciendo pleno derecho de disponibilidad sobre mi propia vida. Quizás en un futuro los desahuciados, que tomen la decisión tan seria, lo hagan con el respaldo de la ley, y sin el estigma de haber cometido como ultimo acto de una voluntad humana libre, una ilegalidad.¹³²

¹³² Vid. <http://www.jornada.unam.mx/2001/jul01/010723/042n1soc.html>

CONCLUSIONES

PRIMERA.- En la antigüedad, el pueblo romano como el helénico, la eutanasia era considerada como un deber o como un acto de exterminio, para eliminar del interior de su sociedad a los sujetos considerados como un estorbo para el buen desarrollo de la misma; por lo tanto, no se consideraba como un derecho atribuible a la persona.

SEGUNDA.- Uno de los tantos criterios importantes para detener todos los actos eugenésicos y abusos cometidos por los gobernantes en las sociedades antiguas fue el juramento hipocrático que a la letra dice: **No suministraré a nadie, ni siquiera si me lo piden ningún fármaco mortal, ni lo propondré como consejo.**

TERCERA.- En Alemania, se habla de **ayuda a morir** y se evita el término eutanasia, porque debido a que Hitler ordenaba aplicar la eutanasia eugenésica, de ahí que se observaron muchas injusticias nazis es por tal motivo, que se habla de la **ayuda a morir** para no confundirse con las atrocidades nazis aplicadas en la antigüedad.

CUARTA.- La eutanasia voluntaria, en virtud de que es la que resulta de la voluntad del enfermo terminal, es pedida con pleno conocimiento de su

situación que experimenta, y no participa ninguna otra voluntad externa por lo anterior; es la eutanasia denominada genuina.

QUINTA.- Suicidio asistido. La eutanasia o suicidio asistido; después de Kervokian ha reunido a una amplia gama de médicos y moralistas para aportar los lineamientos más adecuados para llevar a cabo el procedimiento de la eutanasia.

Para que se lleve a cabo el suicidio asistido se ha sugerido lo siguiente:

- a) QUE EL PACIENTE LO SOLICITE;
- b) QUE EL JUICIO DEL PACIENTE SEA ADECUADO;
- c) QUE LA ENFERMEDAD SEA INCURABLE Y EL SUFRIMIENTO SEA INTOLERABLE;
- d) QUE EL SUFRIMIENTO NO SEA SECUNDARIO
- e) QUE EL SUICIDIO ASISTIDO SEA DENTRO DEL CONTEXTO DE UNA RELACION MEDICO-PACIENTE OPTIMA;
- f) QUE SE OBTENGA UNA SEGUNDA OPINIÓN;

g) QUE TODO LO ANTERIOR SE DOCUMENTE.

SEXTA.- Actualmente en los hospitales, de una forma consuetudinaria los médicos llevan a cabo lo que se conoce como práctica distanásica, dado que los médicos hacen todo lo posible por prolongar la agonía de los enfermos terminales, conectándolos y entubándolos a máquinas de las cuales son dependientes, de esta manera en su afán de mantenerlos con vida, dan lugar a lo que conocemos como encarnizamiento terapéutico.

SEPTIMA.- Atendiendo al significado del término cacotanasia (mala muerte), se puede ejemplificar que se presenta de una manera artificial esto es, que es producto de la soledad y por el aislamiento deshumanizado que sufren los enfermos terminales en los hospitales.

OCTAVA.- La eutanasia pasiva, es la contemplada en las legislaciones de los países donde es permitida debido, a que es la que se practica y se lleva a cabo para suavizar el dolor del enfermo terminal o sea, por móviles de piedad; siempre y cuando, se cumplan con los requisitos establecidos para que sea legal la misma.

NOVENA.- La muerte en una persona, se presenta cuando el cerebro no tiene ya la capacidad y la autonomía para ordenar a los órganos que conforman el cuerpo humano para que funcionen de una manera correcta y regular;

presentándose así, la suspensión o terminación de la función del sistema nervioso, del sistema respiratorio y del sistema circulatorio.

DECIMA.- En la actualidad el aborto terapéutico es legalmente permitido y contemplado en muchas de las legislaciones existentes en el mundo, siempre y cuando se cumplan y se observen una serie de circunstancias y requisitos establecidos por las mismas.

DECIMA PRIMERA.- Se sugiere llevar a cabo e imponer la eutanasia en los casos de:

-CANCER TERMINAL.

-SIDA EN FASE TERMINAL.

-RABIA.

-ESTADO DE COMA.

Lo anterior porque estamos en presencia de una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, no hay esperanza para que el tratamiento aplicable al caso específico sea exitoso; son numerosos los problemas que se observan en el enfermo y los síntomas son muy intensos, hay un gran impacto psicológico

para el paciente y la familia hasta la llegada de la muerte; y finalmente porque tienen un tiempo de vida no mayor a los 6 meses.

DECIMA SEGUNDA.- Conforme pasa el tiempo, el organismo humano observa deterioro psicológico, visual, auditivo, debido a esto, el anciano presenta discapacidad para realizar sus funciones más elementales; presentando en ellos una serie de enfermedades crónicas degenerativas (problemas del corazón, diabetes, desnutrición,) de tal manera que se podría asegurar que el anciano llega a la muerte a consecuencia de dichos padecimientos y no a lo que conocemos de una forma natural como vejez.

DECIMA TERCERA.- Para que sea posible la eutanasia, el enfermo debe observar una enfermedad en fase terminal de tal suerte, que su sufrimiento sea insoportable e intolerable y sin posibilidad de mejora, la petición de eutanasia debe ser hecha por el mismo enfermo de una manera repetida e insistente, conciente y capaz de decidir sobre su vida; el médico responsable de la practica eutanásica debe ser el que atiende al enfermo por ultima vez.

DECIMA CUARTA.- Actualmente en México, los Senadores presentaron una propuesta de ley, al Congreso para legalizar la eutanasia pasiva, encontrándose en la Cámara Baja.

GLOSARIO

ABORTO.- (*abortus*) feto dotado de un desarrollo incompleto que procede de la interrupción de un embarazo en particular aquel cuyo peso es inferior a 500 gramos.

ABORTO TERAPÉUTICO.- (*Therapeutic abortion*), 1.- Terminación precoz del embarazo considerada necesario por un médico. 2.- Informal, cualquier aborto legal inducido. 3.- Por estar en riesgo la vida de la madre.

ACUÑAR.- Imprimir y sellar una pieza de metal, mediante un caño o troquel, fabricar moneda.

ALTRUISMO.- Actitud de la persona que procura el bien de los demás.

ARTERIOSCLEROSIS.- (*arterioesclerosis*), trastorno arterial frecuente caracterizado por engrosamiento, pérdida de elasticidad y calcificación de la pared de las arterias, dando lugar a una disminución del flujo sanguíneo, en particular del que se dirige al cerebro, y a las extremidades inferiores esta alteración se suele desarrollar como consecuencia del envejecimiento, así como en relación con ciertos trastornos como la hipertensión, la nefrosclerosis, la esclerodermia, la diabetes y la hiperlipidermia.

CANCER.- (*cáncer*) 1. Neoplasia caracterizada por el crecimiento incontrolado de células anaplásicas que tienden a invadir el tejido vecino y a metastatizar a distancia. 2. cualquiera del extenso grupo de enfermedades neoplásicas malignas caracterizadas por la presencia de células malignas. Cada cáncer se distingue por su naturaleza, localización o curso clínico de la lesión. La causa primaria del cáncer no se ha determinado, aunque se han detectado muchos factores potenciales. Más del 80% de los casos de cáncer se atribuyen al consumo de cigarrillos, exposición a químicos cancerígenos, radiaciones ionizantes y a rayos ultravioletas. Muchos virus inducen el desarrollo de tumores malignos en animales; es probable que en algunos cánceres humanos el origen sea infeccioso y que la bacteria *Helicobacter pylori* sea la causante del cáncer gástrico. La alta frecuencia de tumores malignos en receptores de trasplantes de órganos tras tratamiento inmunosupresor indica que el sistema inmune desempeña un papel fundamental en el control de la proliferación de células anaplásicas. La incidencia de los diferentes tipos de cáncer varía notablemente según el género, la edad, el grupo étnico y la localización geográfica. En Estados Unidos el cáncer es, después de las enfermedades cardíacas, la segunda causa de muerte y una de las principales en niños de entre 3 y 14 años. En EE. UU. las localizaciones habituales de cáncer son la piel, los pulmones, la próstata, la mama y el colon. La cirugía continúa siendo la principal forma de tratamiento, aunque la irradiación se utiliza ampliamente como tratamiento pre y postoperatorio: con frecuencia la quimioterapia con uno o varios agentes es muy eficaz. Muchas lesiones malignas son curables si se detectan de forma precoz.

CARCINÓGENO.- (*carcinogen*) sustancia o agente que produce el desarrollo ó aumenta la incidencia de cáncer.

CONCEBIR.- Formar en la mente una idea o proyecto.

CONCILIO.- Junta o reunión, principalmente la que llevan acabo los obispos y otros eclesiásticos.

CONCOMITANTE.- Se dice de lo que acompaña a otra cosa o actúa juntamente con ella.

DISCERNIR.- Distinguir y diferenciar una cosa de otra.

DISPLASIA.- (*dysplasia*), forma compuesta que significa “(alteración) desarrollo anómalo” condrodisplasia, epidermodisplasia, osteomielodisplasia, alteración de un tejido.

ENDOCRINO.- (*endocrine*) perteneciente o relativo a un proceso en el que un grupo de células secretan hacia la circulación sanguínea o linfática a una sustancia que tiene efectos específicos sobre los tejidos de otras partes el cuerpo.

ENFERMEDAD TERMINAL.- (*terminal illness*) estado avanzado de una enfermedad, con pronostico desfavorable y sin curación conocida.

ESCOLLO.- Roca poco visible o situada en la superficie del agua; obstáculo.

ESPASMOS.- (*jerks*), forma de coreo manía, o deseo morboso de hacer movimientos rítmicos asociado a veces con el fervor emocional, contracturas musculares,

ESTADO DE COMA.- (*coma*) estado de inconsciencia profunda, caracterizado por la ausencia de movimientos oculares espontáneos, de respuesta a estímulos dolorosos y del lenguaje. La persona no puede ser despertada. El coma puede ser el resultado de un traumatismo, tumor cerebral, hematoma, estado tóxico, enfermedades infecciosas agudas con encefalitis, enfermedad vascular, envenenamiento, acidosis diabética o intoxicación.

EXPECTORANTE.- (*expectorant*) 1.- Perteneciente o relativo a la sustancia que facilita la salida del moco u otros exudados desde los pulmones, bronquios o traquea. 2.- Agente que facilita la expectoración al reducir la viscosidad de las secreciones pulmonares o disminuyendo la intensidad con la que los exudados se adhieren al tacto respiratorio inferior.

GARANTE.- Que da garantía particularmente se dice de la persona que se hace responsable de que otra cumpla sus compromisos.

INDUDIBLE.- Que no puede olvidarse o evitarse.

INMINENTE.- Que esta a punto de suceder.

INMUNOSUPRESOR.- (*immunosuppressive*) 1.- perteneciente o relativo a una sustancia o técnica que disminuye ó impide la respuesta inmunitaria. 2.- Agente inmunosupresor, como los fármacos inmunosupresores, utilizados para evitar el rechazo de homoinjertos.

INTOXICACIÓN.- (*intoxication*), 1.- Estado de envenenamiento por un fármaco u otra sustancia tóxica. 2.- Estado de ebriedad, por un consumo excesivo de alcohol.

LEGADO.- (*legacy*), algo que procede del pasado y que se pretende sigan manteniendo las generaciones futuras.

LINFOCITOS.- (*lymphocyte*) células de defensa, uno de los dos tipos de leucocitos a granulocitos, de pequeño tamaño que se originan a partir de las células madre fetales y que desarrollan en la médula ósea. Los linfocitos normalmente representan el 25% del recuento total de leucocitos, aunque aumentan en número en respuesta a la infección existen 2 tipos: células B y células T. Las células B circulan en forma inmadura y sintetizan anticuerpos e incluyen en sus propias membranas citoplásmicas, se reproducen por mitosis, y cada una de los clones exhibe sus membranas superficiales anticuerpos idénticos. Cuando se expone una célula B inmadura a un anticuerpo específico, la célula se activa, viaja desde el bazo ganglio linfático, se diferencia y produce

rápidamente células plasmáticas y células de memorias. Las células plasmáticas sintetizan y secretan ingentes cantidades de anticuerpos. Las células de memorias no secretan anticuerpos, pero si se vuelven a producir una exposición a ese antígeno, se convierten en células plasmáticas productoras de anticuerpos. Las células T son linfocitos que han atravesado el timo y se han diferenciado en timocitos. Cuando se exponen a un antígeno, se dividen con rapidez y producen grandes cantidades de nuevas células T sensibilizadas al antígeno. Las células T se denominan con frecuencia “células asesinas” (“killer cells”) pues secretan compuestos químicos inmunológicos esenciales que ayudan a las células B a destruir proteínas extrañas.

LINFOIDE.- (*lymphoid*) perteneciente o relativo a la linfa o a los linfáticos.

METABOLISMO.- (*metabolism*), conjunto de todos los procesos químicos que tiene lugar en los organismos vivos cuyos objetivos son el crecimiento la generación de energía, la eliminación de desechos, y otras funciones corporales relacionadas con la distribución de nutrientes en la sangre después de la digestión. El metabolismo tiene lugar en dos fases. El anabolismo o fase constructiva, en la que las moléculas más pequeñas (como los aminoácidos), y el catabolismo o fase destructiva, en las que las moléculas mayores (como el glicógeno) se transforman en otras más pequeñas (como el ácido normalmente (en calorías) como la energía que se libera durante el metabolismo.

MONOCLONAL.- (*monoclonal*), relativo, perteneciente o que designa un grupo de células u organismos idénticos derivados de una única célula.

MUERTE CEREBRAL.- (*brain death*), forma irreversible de inconciencia caracterizada por la pérdida completa de función cerebral mientras el corazón continúa latiendo. Su definición legal varía en los diferentes países. Los criterios clínicos habituales de muerte cerebral son de ausencia de actividad refleja, de movimientos y respiración las pupilas están dilatadas y fijas. Para establecer el diagnóstico de muerte cerebral es necesario que la actividad eléctrica del cerebro sea evaluada y se demuestre su ausencia en dos electroencefalogramas separados por un intervalo de 12 a 24 horas.

PARAGRAFIA.- (*paragraphia*), trastorno de la comunicación caracterizado por los errores de omisión y transposición de letras o palabras o sustitución de una letra o palabra al escribir o hablar.

PARTIDIARIO.- Que apoya o defiende a una persona idea o movimiento.

POSTULAR.- Defender un grupo, ideología, etc., cierta idea o principio.

PRESBICIA.- Disminución de la capacidad para ver de cerca producida por la pérdida de elasticidad del cristalino habitualmente esta alteración se desarrolla en edades avanzadas.

PROLIFERACIÓN.- (*proliferation*), reproducción o multiplicación de formas similares. Se suele aplicar a células ó quistes.

PROPUGNAR.- Defender y apoyar algo que se juzga conveniente.

RABIA.- (*rabies*), enfermedad, vital aguda generalmente mortal, que afecta al sistema nervioso central de los mamíferos. Se transmiten de animales ó personas a través de la saliva infectada. También se denomina hidrofobia.

REFERÉNDUM.- Mecanismo Político por lo que se somete a votación una Ley públicamente

RESTRICCIÓN.- (*restraint*), cualquiera de los numerosos aparatos utilizados para facilitar la inmovilización de los pacientes, especialmente de niños sometidos a tracción. Algunos tipos de restricción son los cabestrillos, los corsés o los pañales especialmente diseñados.

SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).- (*acquired immunodeficiency syndrome {AIDS}*), síndrome que ocasiona una alteración de la inmunidad mediada por células, con un período de incubación largo y un curso clínico prolongado y debilitante, que se pone de manifiesto mediante la aparición de diferentes infecciones oportunistas y que si tratamiento tiene un pronóstico malo. En un principio, este síndrome se detectó en varones homosexuales y en consumidores de drogas intravenosas, pero actualmente

está aumentando su presencia en la población heterosexual, tanto hombres como mujeres, así como en los hijos de estas mujeres. En EE. UU. se han registrado más de 1 millón de casos de SIDA, y en los años 90 constituyó la primera causa de muerte en los carones con edades comprendidas entre 25 y 44 años, y la cuarta en las mujeres del mismo grupo de edad. En el año 2001 se estimó que en el mundo se habían producido 36.1 millones de casos de SIDA, de los cuales 16,5 millones correspondían a mujeres y 1,4 millones a niños con edad inferior a los 15 años. De este número total de afectados se estima que, a finales del año 2000, habrán muerto 21,5 millones como consecuencia de la epidemia. La enfermedad es particularmente prevalente en el África subsahariana, en donde se estima que, en el año 2001, el número de casos de SIDA será superior a 24 millones, de los cuales 12,9 millones corresponderán a mujeres y 1 millón a niños con edad inferior a los 15 años.

SUSTRAER.- 1.- Robar, hurtar; 2.- apartar o separar una parte de un conjunto.

TASAJEAR.- Hacer tasajo.

TASAJO.- Pedazo de carne seca y salada para que se conserve.

TERAPEUTICA.- Parte de la medicina, la veterinaria y la fitopatología, que tiene por objeto el tratamiento de las enfermedades.

BIBLIOGRAFÍA

A. TOZZINI, Carlos. El Suicidio. Buenos Aires, Ediciones Depalma. 1969. 175 pp.

ALCOCER POZO, José. Medicina Legal. 1era. Edición. México, Editorial Limusa. 1993. 171 pp.

BAUDOIN, Jean-Louis y BLONDEAU, Danielle. La ética ante la muerte y el derecho a morir. Barcelona, Editorial Herder. 134 pp.

BERISTAIN, Antonio. Eutanasia: Dignidad y Muerte. Buenos Aires, Ediciones Depalma. 1991. 168 pp.

CANO VALLE, Fernando y otros. Eutanasia: Aspectos jurídicos, filosóficos, médicos y religiosos. 1era. Edición, Editorial Universidad Nacional Autónoma de México. 2001. 330 pp.

DE HENNEZEL, Marie. La tentación de la eutanasia. 1era edición, Editorial Nueva Imagen. 2001. 285 pp.

FARELL, Martín Diego. La ética del aborto y la eutanasia. Buenos Aires, Editorial Abeledo Perrest. 121 pp.

FERNÁNDEZ PÉREZ, Ramón. Elementos Básicos de Medicina Forense. Editorial Méndez. 1992. 408 pp.

FERREY, Gilbert y Otros. Manual Sicopatología del anciano. 2da. Edición, Editorial Masson, S. A. 1994. 238 pp.

FONTAN BALESTRA, Carlos. Derecho Penal. Décimo Cuarta Edición, Buenos Aires. 1993. 750 pp.

GARCÍA PÉREZ, José. Ética de la salud en los procesos terminales. Editorial San Pablo. 270 pp.

GUTIÉRREZ ADRIANO, Manuel. Ensayos Jurídicos. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. 1992. 125 pp.

GUTIÉRREZ VEGA, Javier y otro. Enfermo terminal y eutanasia desde el punto vista del personal sanitario. Universidad Valladolid, Secretariado de Publicaciones. 370 pp.

JIMÉNEZ DE ASÚA, Luis. Libertad de amar, derecho a morir. 7ª Edición, Ediciones Depalma. 1984. 438 pp.

KIPER, Jorge. LA JUSTICIA EN LA SOCIEDAD QUE SE AVECINA (LA EUTANASIA). TOMO II. 1era Edición, Editorial Losada S. A. Marzo 1997. 209 pp.

KNIGHT, Bernand. Medicina Forense e Simpson. 2da. Edición, Editorial El Manual Moderno. 1999. 263 pp.

KRAUS, Arnoldo – ÁLVAREZ Asunción. La eutanasia. 1era. Edición, Editorial Tercer Milenio. 1998. 63 pp.

LEVENE, Ricardo. El delito de homicidio. 3era. Edición, Ediciones Depalma. 1977. 421 pp.

MARCOS DEL CANO, Ana María. La Eutanasia (estudio filosófico-jurídico). Barcelona, Ediciones Jurídicas y Sociales, S. A. 1999. 351 pp.

MARTÍNEZ MURILLO – SALDIVAR S. Medicina Legal. Décimo Sexta Edición, Editorial Méndez. 1991. 415 pp.

MARTÍNEZ MURILLO, Salvador. Medicina Legal. México, Editores Francisco Méndez Oteo. 1950. 474 pp.

NÚÑEZ PAZ, Miguel Ángel. Homicidio consentido, eutanasia y derecho a morir con dignidad. Editorial Tecno. 1999. 498 pp.

OSORIO Y NIETO, César Augusto. El homicidio (Estudio Jurídico, medico legal y criminalistico). 1era. Edición, Editorial Porrúa. 1991. 228 pp.

PÉREZ VALERA, Víctor Manuel. Eutanasia. ¿Piedad? ¿Delito?. México, Editores Noriega. 326 pp.

QUINTANA, Octavio. Por una muerte sin lágrimas. 1era. Edición, Editorial Flor del Viento. Mayo 1997. 174 pp.

QUINTANAR OLGUÍN, Fernando. Atención a los ancianos en asilos y casas hogar de la Ciudad de México ante el escenario de la Tercera Ola. 1era. Edición, Editores Plaza y Valdés. Agosto 2000. 257 pp.

QUIROZ CUARON, Alfonso. Medicina Forense. 8ª Edición. Editorial Porrúa. México 1996. 1123 pp.

RODRÍGUEZ ESTRADA, Mauro. ¿Eutanasia o autanasia? Por una muerte digna. México, Editorial El Manual Moderno. 116 pp.

RODRÍGUEZ, María Luisa – Sala de Gómezgil. Suicidios y suicidas en la Sociedad Mexicana. 1era. Edición, Editorial Universidad Nacional Autónoma de México. 1974. 148 pp.

SÁEZ, Narciso y VEGA José Luis. Acción socio-educativa en la tercera edad.
1era. Edición, Ediciones CEAC. Mayo 1989. 156 pp.

SAGARNA, Fernando Alfredo. Los trasplantes de órganos en el Derecho.
Edición Buenos Aires, Editorial Depalma. 1996. 505 pp.

SÁNCHEZ JIMÉNEZ, Enrique. La eutanasia ente la moral y el derecho.
Universidad de Sevilla, Secretariado de Publicaciones. 1999. 242 pp.

TELLO, Francisco Javier. Medicina Forense. Universidad de Monterrey,
Editorial Harla. 1991. 359 pp.

TUBIANA Maurice. El cáncer. México, Editorial Fondo de Cultura Económica.
1989. 151 pp.

URRACA MARTÍNEZ, Salvador. Eutanasia hoy. Un debate abierto. Editorial
Noesis. 495 pp.

LEGISLACIONES

CONSTITUCIÓN POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS. México D. F. Primera Publicación 1989, Editorial Sista. 2006.

CÓDIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL. México, 13^a. Edición, Editorial Raúl Juárez Carro. 2005.

LEY GENERAL DE SALUD. 5ta. Edición,. Editorial Fiscales Isef. 2004.

LEY DE SALUD PARA EL DISTRITO FEDERAL. 5ta. Edición, Editorial Fiscales Isef. 2004.

REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE CONTROL SANITARIO DE LA DISPOSICIÓN DE ORGANOS, TEJIDOS Y CADÁVERES DE SERES HUMANOS. 5ta. Edición. Editorial Fiscales Isef. 2004.

OTRAS FUENTES

Enciclopedia Microsoft Encarta. 2000. 1993-1999. Reservados todos los Derechos.

Muerte Cerebral. <http://www.atcpasturias.com/donaciones/muerte-cerebral.htm>

Secpal/GuiaCp/Definición de Enfermedad Terminal:características.

<http://aceb.org/term.htm>

Eutanasia? <http://www.Eutanasia.Pdfdeusuarios.Lycos.es>

<http://www.jornada.unam.mx/2001/jul01/010723/042n1soc.html>

<http://www.azcentral.com/lavoz/méxico/articles/0418eutanasia-CR.HTML>