



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE DERECHO

SEMINARIO DE FILOSOFÍA DEL DERECHO

EUTANASIA: ACEPTACIÓN O RECHAZO EN LA SOCIEDAD
MEXICANA

TESIS PROFESIONAL
PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN DERECHO
QUE PRESENTA

NORA NALLELY PÉREZ REYES

ASESOR: LIC. ANTONIO OCTAVIO PICCATO RODRÍGUEZ





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

FACULTAD DE DERECHO
SEMINARIO DE FILOSOFÍA DEL DERECHO

OFICIO APROBATORIO No. L .21/2010

DR. ISIDRO AVILA MARTÍNEZ
DIRECTOR GENERAL DE LA ADMINISTRACIÓN
ESCOLAR DE LA UNAM
PRESENTE

Distinguido Señor Director:

Me permito informarle que la tesis para optar por el título de licenciatura, elaborada por la pasante en Derecho, **NORA NALLELY PÉREZ REYES**, con el número de cuenta **099232337**, en este Seminario, bajo la dirección del **LIC. ANTONIO OCTAVIO PICCATO RODRIGUEZ**, denominada **“EUTANASIA: ACEPTACIÓN O RECHAZO EN LA SOCIEDAD MEXICANA”**, satisface los requisitos reglamentarios respectivos, por lo que con fundamento en la fracción VIII del artículo 10 del Reglamento para el funcionamiento de los Seminarios de esta Facultad de Derecho, otorgo la aprobación correspondiente y autorizo su presentación al jurado recepcional en los términos del Reglamento de Exámenes Profesionales y de Grado de esta Universidad.

La interesada deberá iniciar el trámite para su titulación dentro de los seis meses siguientes (contados de día a día) a aquél en que le sea entregado el presente oficio, en el entendido de que transcurrido dicho lapso sin haberlo hecho, caducará la autorización que ahora se le concede para someter su tesis a examen profesional.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE

“POR MI RAZA HABLARÁ EL ESPÍRITU”

Ciudad Universitaria, D. F., a 30 de Julio de 2010



Ma El

MTRA. MA. ELODIA ROBLES SOTOMAYOR

SEMINARIO DE
FILOSOFÍA del DERECHO
CIUDAD UNIVERSITARIA

100 UNAM
UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE MÉXICO
1910 - 2010

A mi mami:

Tu mami quien pese a las adversidades me cuidaste, alentaste y procuraste en todo momento. Más de una vez antepusiste tus necesidades por satisfacer las nuestras, mas de una vez reprimiste el llanto para demostrar fortaleza. Te convertiste en padre y madre de un día a otro, pero no desfalleciste, eres un ser humano excepcional, que no solo me alienta a seguir triunfando, también me alienta a ser una magnífica mujer, a ser una mujer como tú. Mami te amo muchísimo, gracias por todo!

A mis abuelitos:

Gracias a ti abuelita y a mi abuelito (quien ya no está), por apoyar a mi mami cuando más lo necesitaba, gracias por ser parte de mi vida y de este logro.

A mis hermanos:

Con quienes he compartido mi vida, gracias por estar conmigo.

A Diego:

Al pasar de los años, te haz convertido en mi mejor amigo, confidente y compañero. Actualmente compartimos amigos, fiestas, intereses y metas. Eres una persona importante en mi formación académica, pero también eres una persona esencial en mi vida. Te amo !

Amigos y Amigas:

A todos y cada uno de ustedes que en diferentes ocasiones hemos compartido la charla, la copa, el apoyo, la diversión. Son amigos excepcionales.

ÍNDICE

Eutanasia: Aceptación o rechazo en la Sociedad Mexicana

INTRODUCCIÓN	i
Capítulo 1. Acepciones de la palabra Eutanasia y terminología relacionada con la misma	1
1.1 Acepciones	1
1.1.1 Etimológica	1
1.1.2 Gramatical	1
1.1.3 Sociológica	2
1.1.4 Concepciones religiosas	3
a) Iglesia Católica Romana	3
• Catecismo de la Iglesia Católica	5
• Pío XII	5
• Constitución “Gaudium et Spes”	5
• Juan Pablo II	6
• Declaración sobre la Eutanasia de la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe	6
b) Derecho Canónico	7
c) Doctrina Cristiana o protestante	8
d) Iglesia Reformista Holandesa	9
e) Judaísmo	10
f) Budismo	11
g) Islam	14
1.1.5 Definición Médica	17
1.2 Elementos de las Definiciones	20
1.2.1. Sujeto Pasivo	20
1.2.2 Sujeto Activo	22
1.2.3 Formas de privación de la vida	23
1.2.4 Elementos subjetivos	25

I.2.5 Requisitos	26
I.2.6 Finalidad	28
Capítulo 2. Clasificación de la Eutanasia	30
2.1. De Acuerdo a la Voluntad del Enfermo	31
2.1.1 Eutanasia Voluntaria	31
2.1.2 Eutanasia Involuntaria	34
2.2. De Acuerdo a la Acción del Médico	36
2.2.1 Eutanasia Activa	36
2.2.2 Eutanasia Pasiva	40
2.2.3 Ortotanasia	43
2.2.4 Distanasia	45
2.2.5 Eutanasia Directa	46
2.2.6 Eutanasia Indirecta	47
2.3 De Acuerdo a la Situación del Enfermo	48
2.3.1 Encarnizamiento terapéutico (también obstinación o ensañamiento terapéuticos)	48
2.3.2 Sedación Controlada	50
2.3.3. Sedación Terminal	51
2.3.4. Enfermo Desahuciado	52
2.3.5. Enfermo en Estado Vegetativo	54
2.3.6. Enfermo Terminal	56
2.3.7. Perinatal	58
2.3.8. Agónica	59
2.3.9. Psíquica	59
2.3.10. Eugenésica	60
Capítulo 3. Derecho Comparado respecto de la Eutanasia y los aspectos generales de su relación con los Derechos Humanos	67
3.1 Cronología de Casos de Eutanasia en el Mundo	67

3.2 Legislaciones Internacionales Vigentes del Derecho a la Muerte	76
3.2.1 América	77
a) Argentina	77
b) Colombia	80
c) Estados Unidos	83
• Washington	84
• New York	85
• California	86
• Oregón	86
• Jack Kevorkian	88
• Terri Schiavo	93
d) Uruguay	95
3.2.2. Asia	96
a) Israel	97
b) Japón	98
3.2.3. Europa	100
a) Bélgica	100
b) España	102
• Cataluña	104
• Madrid	105
• Andalucía	105
• Ramón Sampedro	106
c) Francia	107
d) Gran Bretaña	108
e) Holanda	113
f) Suiza	118
g) Unión Europea	119
3.2.4. Oceanía	121
a) Australia	121
3.3 Eutanasia y su Relación con los Derechos Humanos	123
Capítulo 4. Derecho Mexicano frente a la Eutanasia	134

4.1 Análisis del Derecho Positivo Mexicano	134
4.1.1. Antecedentes en Códigos Penales	135
a) Código Penal de 1835	135
b) Código Penal de 1971	137
c) Código Penal de 1929	137
d) Código Penal de 1931	138
e) Proyecto de Código Penal para el Distrito Federal de 1949	138
f) Código Penal del Estado de México de 1961	139
4.1.2. Análisis de la Ley de Voluntad Anticipada del Distrito Federal y su Reglamento	140
a) Sujetos	145
I. Otorgante o Suscriptor	145
II. Testigos	155
III. Representante	157
IV. Intérpretes y Peritos	162
V. Notario y Personal de Salud	163
VI. Coordinación Especializada	164
VII. Comité Hospitalario de Ética Médica	165
b) Requisitos y Formalidades	166
c) Cumplimiento del Documento o Formato de Voluntad Anticipada	172
d) Revocación y Causas de Nulidad	175
4.1.3. Análisis del Código Penal para el Distrito Federal	178
4.1.4. Análisis de la Ley de Salud del Distrito Federal	180
4.1.5. Análisis de la Ley General de Salud	181
Capítulo 5. Eutanasia: Aceptación o rechazo en la Sociedad Mexicana	186
5.1. Ideología de la Sociedad Mexicana	186
5.1.1 Posiciones en Contra	189
5.1.2. Posiciones a Favor	194
5.2. Análisis y Crítica Filosófica y/o Bioética Frente a la Eutanasia, Derivado de la Aprobación de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal y de su Reglamento	205

a) Derecho a la Vida	207
b) Dignidad Humana	211
c) Ética y Derecho	215
d) Aspecto Medico	217
e) Hecho Lícito	220
5.3. Propuestas Reformas Legislativas y Reglamentarias	221
5.3.1. Propuestas de Reforma a la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal	223
5.3.2. Propuestas de Reforma al Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal	229
5.3.3. Propuestas de Reforma al Código Penal para el Distrito Federal	231
5.3.4. Propuestas de Reforma a la Ley de Salud para el Distrito Federal	233
5.3.5. Propuestas de Reforma a la Ley General de Salud	233
CONCLUSIONES	241
FUENTES	251g

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tiene como finalidad expresar los argumentos y circunstancias que puedan motivar la legalización de la eutanasia en nuestro país, en virtud de los avances médicos, para eliminar la negligencia de los servicios de salud, y lograr así una adecuada defensa de los derechos de libertad, autonomía, dignidad, conocimiento informado, autodeterminación, así como a una vida y muerte dignas, toda vez que en la actualidad los avances científicos no encuentran en los ordenamientos jurídicos una respuesta, solución u opción viable a los casos que se presentan en la práctica de la profesión del médico, por lo que el Estado debe realizar adecuaciones o bien, crear nuevos ordenamientos que permitan regular este tipo de relaciones entre particulares, y entre éstos con el mismo Estado, protegiendo en todo momento la esfera jurídica de toda persona y al mismo tiempo, evitando lagunas jurídicas.

Para comprender los diversos enfoques de la palabra *eutanasia*, en el Capítulo 1 se explicarán sus diferentes acepciones, comenzando el estudio desde una perspectiva etimológica, gramatical y sociológica, culminando con su definición médica. Asimismo, se analizarán las diferentes concepciones y posturas sobre la aplicación de la eutanasia en la religión Católica Romana, en la Doctrina Cristina o protestante, en la Iglesia Reformista Holandesa, en el Judaísmo, en el Budismo y en el Islam. De igual manera, en el Capítulo 1 se identificará al sujeto pasivo y activo de la eutanasia, las formas de privación de la vida de los enfermos terminales, los elementos subjetivos, los requisitos y la finalidad de su aplicación.

En el Capítulo 2 se precisarán los diferentes tipos de eutanasia, ejemplificaremos a través de la exposición de casos y hechos que se han presentado alrededor del mundo, los cuales han dado lugar a criterios judiciales en favor o en contra, así como al reconocimiento y regulación de la práctica de la eutanasia en algunas legislaciones. Los tipos de eutanasia que se explican y

ejemplifican son la voluntaria e involuntaria, la activa y pasiva, la ortotanasia (la cual a la fecha está regulada únicamente en el Distrito Federal), la distanasia, la eutanasia directa e indirecta, agónica, psíquica y eugenésica. De igual manera, explicaremos el caso del enfermo desahuciado, del enfermo en estado vegetativo y del enfermo terminal, así como los términos relativos al encarnizamiento terapéutico y la sedación controlada.

Dentro del Capítulo 3, desarrollaremos de manera cronológica los acontecimientos que han favorecido la aceptación de las prácticas eutanásicas alrededor del mundo, indicando los movimientos sociales, las instituciones y los hechos o casos que se han convertido en referentes en materia de eutanasia.

Posteriormente nos enfocaremos en el estudio del Derecho Comparado, identificando en cada continente los países que han regulado la aplicación de la eutanasia, ya sea en su modalidad pasiva o activa, o bien identificando a los países que han modificado su orden jurídico para permitir en ciertas circunstancias que no se configure ningún tipo penal con motivo de su práctica. Lo anterior nos demostrará que los hechos y casos que se han presentando en un momento histórico, han sido determinantes para que cada país en particular permita o no la aplicación de la eutanasia, o en su caso, apruebe una aplicación parcial de la misma.

De igual manera, en el capítulo 3 estudiaremos la correlación que tiene la eutanasia con los Derechos Humanos, enlistando y explicando los diversos ordenamientos que esencialmente prevén el derecho a la vida, a la muerte, a la libertad, dignidad e igualdad, con la premisa de que la práctica de la eutanasia no implica un menoscabo en la defensa de los Derechos Humanos, sino por el contrario, se trata de una defensa de los mismos, en especial del derecho a la vida con dignidad.

A lo largo del Capítulo 4 se realizará un estudio del Derecho Positivo Mexicano vigente, específicamente de Códigos Penales, que si bien no han regulado la aplicación de la eutanasia, han previsto en su articulado como atenuantes de la pena en la comisión de delitos, los motivos de piedad o misericordia, lo cual representa un antecedente importante para la legalización de la eutanasia en nuestro país, ya que al paso de los años los legisladores han considerado la posibilidad de que un homicidio o ayuda al suicidio pueda ser cometido por un móvil de piedad o misericordia.

También dentro del este mismo Capítulo 4, se analizarán los ordenamientos legales que fueron aprobados en el año 2008 para regular en el Distrito Federal una modalidad de la aplicación de la eutanasia, esto es, la Ortotanasia, de tal manera que se efectuará un estudio particular y crítico de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal y de su Reglamento, así como del Código Penal para el Distrito Federal, del Código Penal Federal, de la Ley de Salud del Distrito Federal y de la Ley General de Salud.

En el desarrollo del Capítulo 5 se presentará un análisis de la ideología y opiniones de la sociedad mexicana, indicando estadísticamente las posturas a favor o en contra de la aplicación de la eutanasia en nuestro país (las cuales en su mayoría surgieron cuando se discutía en la Asamblea Legislativa del Distrito Federal la Ley de Voluntad Anticipada), así como las posturas que se presentaron después de su aprobación.

De igual manera, en el capítulo en comento se elaborará un análisis crítico desde una perspectiva filosófica y bioética de los derechos a la vida y a la dignidad, así como el aspecto médico respecto de la eutanasia, con la finalidad de establecer la importancia de los mismos en

la aplicación de aquélla, exaltando un aspecto fundamental de todo enfermo en etapa terminal: su carácter de persona.

Por último en el mismo Capítulo 5 y en correlación a las críticas realizadas en el Capítulo 4, se desarrollarán las propuestas de reforma legislativa a la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal y a su Reglamento, así como al Código Penal para el Distrito Federal, al Código Penal Federal, a la Ley de Salud del Distrito Federal y a la Ley General de Salud, indicado también las propuestas para que dichos ordenamientos prevean la aplicación de la Eutanasia en el Distrito Federal. Asimismo, se hará énfasis en la necesidad de que el Congreso de la Unión elabore la respectiva Ley de Voluntad Anticipada en materia federal.

De igual manera, en el desarrollo de este trabajo se ejemplificará y justificará que a pesar de los avances científicos que día a día se dan para erradicar enfermedades, aún existen tratamientos que lejos de sanar la enfermedad que se padece, provocan un sufrimiento doloroso al enfermo terminal, en ocasiones sometiéndolo a encarnizamiento terapéutico, por lo que en estas circunstancias se debe generar el cuestionamiento si se está cuidando la vida o se está prolongando la agonía del enfermo. Lo anterior, considerando que cuando la calidad de vida de los enfermos terminales se deteriora, pierde gradualmente su dignidad por encontrarse limitada en su desarrollo como individuo al no poder caminar, hablar, ver, respirar o reproducirse o no puede vivir dignamente, además de padecer daños irreversibles, dolores insoportables que solo prolongan la agonía del enfermo terminal, toda vez que *esa vida* depende de aparatos o mecanismos artificiales y carece de toda dignidad por esperanzas infundadas de recuperación. Es por ello que no debemos olvidar que lo más importante para todo ser humano es la vida, por lo que se habrá de determinar hasta qué punto se debe prolongar la vida o la agonía, ya que el encarnizamiento terapéutico no es tratamiento paliativo o curativo, es un menoscabo a la

dignidad de la persona, así como a su calidad de vida, por lo que en caso de enfermedad terminal con graves sufrimientos se debe otorgar al individuo la facultad de disponer sobre su vida, siempre y cuando no exista alternativa que disminuya el dolor que padece, en la inteligencia que este actuar es por compasión y para ayudarlo a morir sin sufrimientos.

Asimismo, se relatará la forma en que diversos países han regulado la aplicación de la Eutanasia, teniendo como *dogma* que todo ser humano tiene el derecho a disfrutar de una vida plena y digna, de tal manera que si la medicina le da los elementos para continuar disfrutando su vida se pugna por un servicio de salud óptimo, pero en caso de que las condiciones de vida lo imposibiliten a continuar con su desarrollo o continuar disfrutando la vida, es factible permitir al individuo el derecho a decidir su muerte. Por lo que, los legisladores en sus diversos países han realizado un previo análisis a los ordenamientos vigentes para evitar sanciones o ilícitos por la aplicación de la Eutanasia, estableciendo, en su generalidad, claramente la distinción entre Eutanasia y Homicidio, resaltando los móviles de piedad y compasión. Enfatizando que la Eutanasia no es la comisión de un acto ilícito, es *humanizar la muerte*, por lo que la sociedad debe tener la capacidad de comprender con naturalidad y humanidad el proceso de la muerte, apoyando con un sentido humano a los enfermos terminales sobre su derecho a elegir una buena muerte, creando en los individuos, así como en el sistema de salud, conciencia y sensibilidad para elegir una muerte digna ante la perspectiva de una vida con agonía. Lo anterior, considerando que el derecho a la vida no solo debe entenderse como una defensa de la propia vida, también debe entenderse como el derecho a una vida en condiciones óptimas para que la misma sea disfrutada por el individuo con la mejor calidad posible, en la inteligencia de que el derecho a la vida está relacionado con el derecho a la integridad física y moral, el derecho a no ser tratado de una forma cruel, inhumana o degradante, el derecho a la libertad personal, así como el derecho a la seguridad personal. Es decir, se trata de concebir el derecho a la vida

como determinado a la calidad de ésta, de manera tal que no se reduzca a una mera condición fisiológica, sino que el derecho a la vida implique ciertas condiciones adicionales a lo biológico que garanticen la dignidad de la misma.

Por lo que respecta a nuestro país, comprobaremos que en la actualidad la práctica de la eutanasia no está legalizada. Sin embargo, es una realidad cotidiana, ya que en diversas ocasiones a los pacientes se les deja de aplicar el tratamiento por su estado médico deplorable o por no tener probabilidades de mejoría o de sanación, e incluso en algunos casos los mismos familiares de los pacientes autorizan al médico que omita todo intento de encarnizamiento terapéutico, con la finalidad de procurarle una muerte tranquila y digna al enfermo. Es por ello que si el Estado tiene la obligación de pugnar por el derecho a la vida digna, del mismo modo debe considerar que en algunas circunstancias no es factible preservarla, ya que solo disminuye su calidad provocando que esa vida deje de tener su esencia humana, y en consecuencia deberá respetar el derecho a la decisión libre e informada del paciente sobre la aplicación o no del tratamiento médico, así como el respeto a su vida, dignidad y autonomía.

Capítulo 1. Acepciones de la palabra Eutanasia y terminología relacionada con la misma

1.1. Acepciones

Para conocer los diferentes enfoques de la eutanasia, haremos referencia a sus diversas acepciones, lo que nos permitirá identificar los elementos que la integran.

1.1.1. Etimológica

La primera acepción a desarrollar es la etimológica, en donde encontramos que eutanasia deriva del griego *eu tanatos*, que significa: bien muerte, buena muerte, morir bien.¹

La etimología de la palabra eutanasia nos ayuda a identificar la esencia de este término, es decir, inducir una muerte fácil, o bien, una muerte sin sufrimientos.

Sin embargo, esta definición etimológica no permite darle un enfoque actual a la palabra eutanasia, por lo que nos auxiliaremos de otras acepciones para desarrollar un concepto completo.

1.1.2. Gramatical

Desde una perspectiva gramatical, el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española así define eutanasia:

- Med. Muerte sin sufrimiento físico. Acortamiento voluntario de la vida de quien sufre una enfermedad incurable, para poner fin a sus sufrimientos.
- Es la acción u omisión por parte del médico con intención de provocar la muerte del paciente por compasión.²

¹ Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. Edición 22°. Editorial Espasa Calpe, España, 2008, p.325.

Asimismo, el Diccionario Oxford define la eutanasia como: “La acción de inducir una suave y tranquila muerte.”³

Las anteriores definiciones nos proporcionan nuevos elementos de la eutanasia, tales como el móvil de compasión, una enfermedad incurable y la intervención de un médico. En estas condiciones, desde una perspectiva gramatical, la eutanasia supone la acción u omisión que efectúa el médico por compasión, para provocar intencionalmente la muerte del enfermo terminal, con la finalidad de aliviar sufrimientos insoportables.

1.1.3. Sociológica

Respecto al aspecto sociológico, la palabra eutanasia puede entenderse como una muerte dulce, sin dolores ni sufrimiento, aunque es indudable que esta *buena muerte* puede alcanzarse de varias maneras. Entre ellas, destacan la *repentina*, natural en edades avanzadas; la *sobrenatural*, considerada como *gracia divina*; la *sugerida* por las virtudes estoicas; o bien, la *provocada* de manera artificial por motivos eugenésicos, económico-sociales o con fines terapéuticos.⁴

De tal manera que, desde el punto de vista sociológico, la variante lo constituye el enfoque que se le da a esa muerte. Esto es, que la muerte se considera como un *hecho natural* cuando se trata de personas de edad avanzada, es decir, como una consecuencia del ciclo vital de los seres humanos, o bien, como una *voluntad divina* que establece los *tiempos* de cada persona en el aspecto terrenal.

² Idem.

³ Oxford English Dictionary. Tercera Edición. Ed. Oxford University Press, Oxford, 2005, p. 325

⁴ <http://dgenp.unam.mx/planteles/p8/mixcoac/paginas/eutanasia3.html>

Sin embargo, el enfoque sociológico aplicable a la temática de este trabajo es la perspectiva de la eutanasia *provocada*, la cual se refiere precisamente a la intención de inducir la muerte, con la única finalidad de que la persona deje de padecer sufrimientos insoportables y tenga una muerte tranquila.

1.1.4. Concepciones Religiosas

Consideramos pertinente revisar dentro de las acepciones de la palabra eutanasia, las concepciones religiosas, porque cada individuo, independientemente de las limitaciones o derechos que le derivan de la ley, a través de la manifestación de voluntad, ejerce su libertad sobre los bienes, derechos, obligaciones e incluso sobre su propia vida o cuerpo. Sin embargo, su conducta también depende de la religión que profesa, pues ésta le impone ciertos dogmas que son pilares en la toma de decisiones.

Con la finalidad de conocer las posturas de las diferentes corrientes religiosas frente al derecho a la vida, así como sobre la posibilidad de que la persona elija una muerte digna, a continuación haremos referencia a los argumentos a favor y en contra.

a) Iglesia Católica Romana

La Iglesia Católica Romana, en su Declaración sobre la eutanasia, la define como: “una acción u omisión que ocasiona por sí misma o intencionadamente la muerte.”⁵

Los derechos y valores inherentes a la persona humana ocupan un puesto importante en la problemática contemporánea. A este respecto, el Concilio Ecuménico Vaticano II ha reafirmado

⁵ http://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_academies/acdlife/documents/rc_pa_acdlife_doc_20001209_eutanasia_sp.html

solemnemente la dignidad de la persona humana y de modo particular su derecho a la vida. Por ello ha denunciado los crímenes contra la vida, tales como homicidios de cualquier clase, genocidios, aborto, eutanasia y el mismo suicidio deliberado.

La Iglesia considera que nada, ni nadie, puede autorizar la muerte de un ser humano inocente, sea feto o embrión, niño o adulto, anciano, enfermo incurable o agonizante. Ninguna persona puede pedir este gesto homicida para sí mismo o para otros, ni puede consentirlo explícita o implícitamente. E incluso, ningún tipo de autoridad puede legítimamente imponerlo ni permitirlo, porque ello sería una violación de la *ley divina*, una ofensa a la dignidad de la persona humana, un crimen contra la vida, un atentado contra la humanidad.⁶

De igual manera, la Iglesia señala que el dolor prolongado e insoportable, por razones de tipo afectivo u otros motivos diversos, podría inducir a alguien a pensar que puede legítimamente pedir la muerte o procurarla a otros. Aunque en algunos casos la responsabilidad personal pueda estar disminuída o incluso no existir, el error de juicio de la conciencia (aunque fuera incluso de buena fé) no modifica la naturaleza del *acto homicida*, que en sí mismo sigue siendo siempre inadmisibile. Las súplicas de los enfermos muy graves que alguna vez invocan la muerte, no deben ser entendidas como expresión de una verdadera voluntad de eutanasia. Éstas, en efecto, son casi siempre peticiones angustiadas de asistencia y de afecto. Además de los cuidados médicos, lo que necesita el enfermo es el amor, el calor humano y sobrenatural, con el que pueden y deben rodearlo todos aquellos que están cercanos, padres e hijos, médicos y enfermeros.⁷

⁶ http://blogs.periodistadigital.com/religion.php/2007/01/23/muerte_digna_lo_que_va_de_martini_a_ruin

⁷BERNAL, RESTREPO, SERGIO. *Corintios XIII: Revista de teología y pastoral de la caridad*, número 116, año 2005, pp. 221-254

Catecismo de la Iglesia Católica

El Catecismo de la Iglesia Católica prohíbe aquellas acciones u omisiones que resultan directamente en la muerte del paciente. No es necesario aplicar medios extraordinarios, es decir, aquellos que podrán mantener al paciente con vida. La alimentación, sin embargo, es un derecho humano básico que nunca debe ser interrumpido. La Deontología consagra el derecho del hombre a ser atendido y respetado según normas de igualdad, respeto y justicia acordes con la dignidad humana. El disfrutar del más alto nivel alcanzable de salud es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin ninguna distinción de raza, religión, creencia política, ni condición económica o social.⁸

Pío XII

Se refirió varias veces, dentro de sus numerosas enseñanzas sobre problemas médicos, al problema de la eutanasia. Su postura respecto a ella era condenatoria, ya que Dios es el único Señor de la vida humana y el hombre sólo su mero administrador, sin que pueda disponer de ella.

Constitución “Gaudium Et Spes”

El Vaticano II, en su Constitución “Gaudium Et Spes”, condenó la eutanasia dentro de una lista de distintos atentados contra la vida humana. Su condena fue extremadamente dura: “son en sí mismas infamantes, degradan la civilización humana, deshonran más a sus autores que a sus víctimas y son totalmente contrarias al honor debido al Creador”.⁹

⁸ http://www.vidahumana.org/news/eutanasia_agosto00.html

⁹ Constitución “Gaudium Et Spes”, consultada en la página web: http://www.vatican.va/archive/hist_councils/ii_vatican_council/documents/vat-ii_const_19651207_gaudium-et-spes_sp.html

Juan Pablo II

Juan Pablo II, en su encíclica "El Evangelio de la Vida", sostiene que la eutanasia implica: "Adueñarse de la muerte, procurándola de modo anticipado y poniendo así fin dulcemente a la propia vida o a la de otro".¹⁰

Dicho documento pontificio se refiere a una *cultura de la muerte* que se ve en las sociedades del bienestar, caracterizadas por una mentalidad eficientista, que va en contra de los ancianos y los más débiles, considerados como algo gravoso e insoportable, aislados por la familia y la sociedad, según lo cual una vida inhábil no tiene ya valor alguno. Define a la eutanasia como: "una acción o una omisión que por su naturaleza y en la intención causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor con los métodos usados".¹¹

Declaración sobre la eutanasia de la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe.

Para la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe, el tema de la eutanasia se presta muchas veces a confusión. Esto se debe a la complejidad de algunas situaciones médicas y a la imprecisión con que muchas veces se manejan los términos. La enseñanza sobre este tema está contenida en la "Declaración sobre la eutanasia de la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe", que dice:

Ante la inminencia de una muerte inevitable, a pesar de los medios empleados, es lícito en conciencia tomar la decisión de renunciar a unos tratamientos que procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia, sin interrumpir sin embargo las curas normales

¹⁰ JUAN PABLO II. Encíclica: El Evangelio de la Vida. Editorial Paulinas, 2002, p. 145.

¹¹ Op. Cit.

debidas al enfermo en casos similares. Por esto, el médico no tiene motivo de angustia, como si no hubiera prestado asistencia a una persona en peligro....¹²

Con relación al *dolor* que sufren los enfermos en etapa terminal, se considera como un tipo de *comuni3n* con *Dios* que puede ser disminuido en la agonia del enfermo por la aplicaci3n de medicamentos:

... segun la doctrina cristiana, el dolor, sobre todo el de los ultimos momentos de la vida, asume un significado particular en el plan salvifico de Dios; en efecto, es una participaci3n en la Pasion de Cristo y una uni3n con el sacrificio redentor que El ha ofrecido en obediencia a la voluntad del Padre. No debe pues maravillar si algunos cristianos desean moderar el uso de los analgésicos, para aceptar voluntariamente al menos una parte de sus sufrimientos y asociarse asi de modo consciente a los sufrimientos de Cristo crucificado.¹³

Derecho Can3nico

El Derecho Can3nico prescribe que la tentativa de suicidio constituye un impedimento perpetuo para la recepci3n de las 3rdenes religiosas, a menos que no sea *gravemente imputable*, pero se considera grave el que se haya intentado con motivo de un enfermedad.¹⁴ No obstante, se cre3 la "Declaraci3n Cat3lica sobre la Vida y la Muerte Natural", mediante la cual el creyente determina las instrucciones acerca de los tratamientos m3dicos y/o quir3rgicos, o bien, el cuidado en el caso de enfermedad irreversible o extrema. Dicha declaraci3n debe ser respetada por los familiares y m3dicos, pues se trata de un derecho legal para tomar decisiones y aceptar sus consecuencias. La declaraci3n debe ser firmada ante dos testigos y ratificada ante notario.

¹² PAPA PÍO XII. *Alocuci3n del Papa Pío XII al Congreso de la Uni3n Internacional Cat3lica*. Editorial Brajal, Roma, Italia, 1947, p.15.

¹³ LARA MARTINEZ, MARIO. *Aspectos religiosos de la eutanasia*. Instituto de Investigaciones Jurídicas, Universidad Nacional Aut3noma de M3xico, 2001, pp.309, donde se consult3 Cf. Mateo 27:34.

¹⁴ C3nones 1040 y 1041, consultados en la p3gina web: http://www.vatican.va/archive/ESL0020/_P3Q.HTM

b) Doctrina Cristiana o Protestante

Durante la Edad Media y los comienzos del Renacimiento predomina el pensamiento de la Doctrina Cristiana. La fé del creyente en Jesús le habla de la vida como un don que ha recibido de las manos de Dios y en el que puede encontrarlo:

... amigo de la vida y amigo de los hombres, que le guía y le protege. Todos los acontecimientos de su vida, los alegres y los tristes, los que puede comprender y los que tiene que asumir, no son obra de un destino ciego, sino que detrás de ellos sabe, por fé, que está la mano de un Padre que siempre nos ama y nos cuida, aunque, a veces, tengamos que tropezarnos con el misterio de un Dios incomprensible.¹⁵

Lo anterior puede traducirse como la expresión de la fé que los cristianos profesan a Dios, esto es, creer que su actuar cotidiano es, en cierta manera, vigilado por ese ser supremo, por lo que consideran que durante toda su vida están protegidos por Dios, aún en los momentos del padecimiento de una enfermedad terminal.

Ahora bien, para los cristianos la vida es concebida como “un arco tendido entre el aquí estoy para hacer tu voluntad y el todo está cumplido.”¹⁶ Este es el ideal al que, como seguidor de Jesús, debe siempre tender el cristiano en su vida y en su muerte.¹⁷

De tal manera que todos los creyentes en Jesús no consideran a la muerte y al sufrimiento carentes de sentido, toda vez que “el grano de trigo tiene que morir para dar fruto”,¹⁸ esto es, que a través de los sufrimientos que se padecen en la enfermedad, ejemplifican la agonía que sufrió Jesús cuando

¹⁵ LARA MARTINEZ, MARIO. , Op Cit., donde se consultó Deuteronomio 30: 15-19.

¹⁶ Mateo 26:39, consultado en la página web <http://www.iglesia.net/biblia/libros/mateo.html>

¹⁷ San Mateo 10:30, consultado en la página web <http://www.iglesia.net/biblia/libros/mateo.html>

¹⁸ LARA MARTINEZ, MARIO. , Op Cit., donde se consultó Génesis 4:9

fue crucificado, lo que comúnmente se conoce como *la pasión de Cristo*, otorgándole al enfermo una forma de comprender y soportar los dolores que padece, en la inteligencia que esta fé le da esperanzas de una mejoría o bien, constituye el preámbulo para un descanso eterno.

En la Edad Media se produjeron cambios frente a la muerte y al acto de morir. La eutanasia y el suicidio eran considerados *pecado*, puesto que el hombre no puede disponer libremente sobre la vida, que le fue dada por Dios. El arte de la muerte (*ars moriendi*), en la cristiandad medieval, es parte del arte de la vida (*ars viven*). El que entiende la vida, también debe conocer la muerte. La muerte repentina (*mors repentina et improvisa*), deseo de tantas personas en la actualidad, se consideraba como una muerte mala (*mala mors*), porque quien la sufre no está plenamente consciente para despedirse de familiares y amigos y poder presentarse en el más allá con un claro conocimiento del fin de la vida.¹⁹

c) Iglesia Reformista Holandesa

La Iglesia Reformista Holandesa ha adoptado una *política* explicada en su publicación "La Eutanasia y el Ministerio", que no impide quitarse voluntariamente la vida, cuando la enfermedad la vuelve intolerable. La elección que se hace deriva de la *sensibilidad* que demuestran los sacerdotes para establecer la diferencia entre este tipo de muerte y el suicidio de tipo ordinario o *zelfmoord*, que literalmente se traduce como *asesinato de sí mismo*.²⁰

¹⁹ <http://dgenp.unam.mx/planteles/p8/mixcoac/paginas/eutanasia3.html>

²⁰ WERTHAM, HAYES. *Comité selecto en Ética Médica*. Publishing Hamilton, Ohio, 2003. pp. 214-216.

d) Judaísmo

La biblia hebrea llamada “Migra” (lectura) o “Kitbe Qodesh” (Escritos Sagrados), está integrada por 24 libros (Esim ve Arbaa)²¹, que se dividen en 3 secciones:

- a) Torah (Pentateuco), contiene los preceptos legales;
- b) Nebiim (Profetas); y
- c) Ktubim (Escritos).

En el Talmud (que consiste en la interpretación de la Torah), el término hebreo para Eutanasia, “Mitah yafa”²², es utilizado en los temas de pena de muerte a criminales, por ejemplo: “El amor al prójimo se ejercitará en la muerte del criminal aplicándole una mitah yafa.... Una muerte rápida suavizará en tiempo y en grado el dolor del criminal.”²³

De igual manera, en el Talmud se considera que no se debe prolongar por más de 3 días la agonía del paciente con daños orgánicos irreparables tales que no pueda tragar su propia saliva (“gosses”/moribundo), por lo que el que interviene en la muerte de un “gosses” no es un homicida, ya que aminora el sufrimiento del moribundo.²⁴

Respecto a la dignidad humana, el Talmud la denomina “kevod haberiot” (el honor o dignidad de las criaturas) y es considerada como “el valor más importante de la ley de Dios”, por lo que la protección de la dignidad humana se convierte en la *ratio legis*.²⁵

²¹ PEREZ VALERA, VICTOR M. *La eutanasia en el judaísmo*. Jurídica-Anuario. Instituto de Investigaciones Jurídicas, Universidad Nacional Autónoma de México, 2003, pp.381

²² Idem., pp.382.

²³ PEREZ VALERA, VICTOR M., Op Cit., donde se tomó Sanedrín 45a. y 52a.

²⁴ SHERWIN, BYRON. *Jewish Views of Euthanasia*, Editorial Marvin Kohl. 1995, pp. 3-5.

²⁵ Talmud, consultado en PEREZ VALERA, VICTOR M., Op Cit.

Con los principios antes mencionados, concluimos que las penas en el judaísmo son menores tratándose de ejecuciones de criminales, flagelación y actos realizados en contra de enfermos y ancianos.

e) Budismo

Debe entenderse por Buda (del chino: fo) el que está despierto o iluminado. Un Buda es aquel que despertó a la verdad, logró el supremo, perfecto y completo despertar. La Naturaleza de Buda es inherente a todos los seres vivientes, desde los insectos de la escala inferior hasta los dioses más elevados.²⁶

En la antigua India, hoy Nepal, en 560 a. C., nació Siddhartha Gautama, príncipe heredero del clan de los Shakyas, quien tuvo una vida de lujos y placeres. Un día cuando paseaba por los jardines se encontró con escenas por él desconocidas hasta entonces, las que repercutieron profundamente en su interior: un anciano; un enfermo débil y delgado; y un muerto llevado por sus parientes. Al observar estos sucesos (vejez, enfermedad, muerte) se dio cuenta de la inutilidad de gastar la vida en lujos y placeres. Durante seis años aprendió las enseñanzas de los maestros espirituales de la época, pero no encontraba las respuestas que buscaba respecto a la vejez, enfermedad y muerte, por lo que abandonó dichas prácticas y se enfocó en la meditación, observando cómo la consecuencia de los actos, deseos, ignorancia y pasiones provocaban en cada hombre una forma diferente de nacer, crecer, envejecer y morir.

²⁶ MARTÍN, JACQUES. El budismo y el respeto a la persona humana frente a los riesgos ligados al desarrollo de las Biotecnológicas, Francia, Editorial Martínez Roca, 2005, pp.81-85.

A la edad de 35 años Siddhartha Gautama se convirtió en un Buda. Difundió sus enseñanzas, como una guía para la humanidad, lo que sirvió de base para lo que hoy conocemos con el nombre de Budismo (Buddhadharma: la enseñanza de Buda).

El Budismo tiene “Tres Tesoros o Joyas”, que son:

- a) Dharma: Métodos enseñados por el Buda, para percibir la verdadera naturaleza de cada hombre.
- b) Sutra: Estudio de Dharma, que se divide en 42 secciones.
- c) Sangha: Discípulos o monjes (bhikshus y bhikshunis) que siguen la enseñanza de Buda.

Existen dos clases de Sangha:

- a) La asamblea de Bhikshus: son los hombres y mujeres que han abandonado la vida de hogar y han recibido la ordenación completa; este código moral incluye votos de pobreza, vida célibe y práctica de no dañar a ningún ser viviente.
- b) La asamblea de seres santos: incluye a todos los Arahats (quienes han alcanzado la Liberación) y Bodhisattvas (quienes por el ejercicio de sus virtudes aspiran a la budeidad).

Las principales ramas del Budismo, son :

- a) Hinayana: Budismo del Sur. Se procura la salvación personal por medio de las Cuatro Nobles Verdades.
- b) Mahayana: Budismo del Norte. Se busca la salvación universal. Se basa en las “seis perfecciones” (seis paramitas), que son: el dar, la moralidad, la paciencia, el vigor, la concentración y la sabiduría.

- c) Dhyana: Se basa en la meditación en busca de la visión directa de la realidad y la budeidad.
- d) Vajrayana: Doctrinas esotéricas que contienen los elementos del yoga y de las religiones autóctonas de la India, combinadas con los conceptos budistas.
- e) Lamaismo: Budismo del Tibet. Constituye la fusión de las antiguas reglas monásticas con métodos rituales del Vajrayana.

Los textos sagrados del Budismo se encuentran en el “Tripitaka” (Tres Canastas), que son:

- a) Vinaya pitaka: Contiene las reglas monásticas;
- b) Sutrapitaka: Exposición de la Doctrina; y
- c) Abhidharma pitaka: Sistematización y profundización de la doctrina de los Sutras.²⁷

Respecto a las personas, en el Budismo se considera que además de la unión biológica (óvulo y esperma), existe un tercer elemento denominado “continuum”²⁸ (conciencia). De igual manera, esta religión afirma que la persona tiene 4 soportes físicos y síquicos llamados “Agregados”, que son la forma (rupa), las sensaciones (vedena), las impresiones (sañña) y la conciencia (viññana). El conjunto de estos fenómenos constituye la personalidad.

En el Budismo la muerte es una transición y no el fin de la vida. Por lo tanto, el suicidio es calificado como un escape.²⁹ Sin embargo, en los textos budistas existen casos en los que el Buda perdonó y aceptó el suicidio. Por ejemplo, los suicidios de Vakkali (Sutta Vibhanga, Vinaya III) y de Channa (Majjhima Nikaya III) se cometieron a causa de enfermedades dolorosas e irreversibles, habiendo

²⁷ MARTÍN, JACQUES. Op Cit., p. 84.

²⁸ www.bibliomed.com/biblioteca/paho/derechos

²⁹ CARL B. BECKER. "Opiniones budistas acerca del suicidio y la eutanasia", *Philosophy East and West*. Volumen XL, número 4, octubre, año 1990. Posteriormente fue traducido y publicado en *Revista de Estudios Budistas*, número 4, octubre, año 1992, México, p.15.

sido perdonados y aceptados por el Buda, no sólo porque se trataba de enfermos terminales, sino también porque sus “mentes carecían de egoísmo y de deseos, y estaban iluminadas en el momento de la muerte.”³⁰

Existen diversos hechos registrados en diferentes Sutras, en los que el Buda acepta, por distintas razones, el suicidio de sus discípulos, aunque el común denominador en estos hechos es que el suicidio no es cometido por odio, miedo o por querer escapar de un problema, ya que “lo importante es que la mente permanezca en paz y armonía consigo misma, no que el cuerpo viva o muera.”³¹

Por su parte, el Dalai Lama en el “Comité de Apoyo al Tibet”, celebrado en España en el 2001, señaló que en el budismo no está permitida la práctica de la eutanasia, pero reconoció que “en situaciones especiales, cuando el enfermo se encuentra en un coma irreversible del que no se va a recuperar y no hay ninguna esperanza, debería contarse con el permiso de los familiares.”³²

f) Islam

El Islam se originó en el año 622 de nuestra era, con la predicación de Mahoma en La Meca³³ (hoy Arabia Saudita). El Islam es una religión monoteísta, la deidad es denominada *Alá* y el mensajero de Alá es Mahoma.³⁴

El libro sagrado del Islam es el “Corán”, en el que se encuentran todos los dogmas que Alá transmitió a Mahoma a través de “Yibril”³⁵ (el arcángel Gabriel). También son considerados como

³⁰ Idem., p.16.

³¹ Ib Idem., p. 17.

³² www.tibetcat.com

³³ www.islamreligion.com

³⁴ Corán 48:29, consultado en: <http://www.qurancomplex.org/Quran/Index/index.asp?TabID=1&SubItemID=9&I=esp&SecOrder=1&SubSecOrder=8>.

parte del Islam los textos sagrados de la Torah, los de Salomón y el Evangelio. Los creyentes de esta religión se denominan musulmanes.

En la historia de la filosofía del Islam, el médico (Al-Hakim) era considerado como el sabio por excelencia, ya que el aprendizaje de la medicina es para los musulmanes la “búsqueda de la sabiduría enfocada en la salud de los hombres por medio de una vida adecuada a su naturaleza”³⁶, esto es, que el médico por medio del conocimiento tenía contacto con Alá, y en consecuencia se convertía en un filósofo.

El Islam prohíbe toda clase de eutanasia, porque considera a la vida:

.... un don divino, que hay que proteger y cuidar lo más posible. El fin de la vida lo determina Dios solo.... quien matara a una persona que no hubiera matado a nadie ni corrompido en la tierra, es como si hubiera matado a toda la Humanidad. Y que quien salvara una vida, es como si hubiera salvado las vidas de toda la Humanidad.³⁷

En el Islam el valor supremo de los dogmas lo tiene el respeto a la vida humana: “Los humanos son las más nobles de todas las criaturas.”³⁸

No será tomada una vida que Alá ha hecho sagrada por ninguna causa. Si un hombre mata a un Creyente intencionalmente, su recompensa es el Infierno, para morar en él (para siempre); y la ira y la maldición de Alá están en él, y un castigo terrible ha sido preparado para él.³⁹

³⁵ Idem., Corán 4:82.

³⁶ Corán. 17:13-14. consultado en: <http://www.islam.com.mx/islam/coranyciencia.PDF>

³⁷ http://roble.pntic.mec.es/~jfeg0041/todo_reliquias/islam/pag%20islam/coran.htm

³⁸ www.islamreligion.com

³⁹ Corán 4:93, consultado en: <http://www.qurancomplex.org/Quran/Index/index.asp?TabID=1&SubItemID=9&l=esp&SecOrder=1&SubSecOrder=8>

Existen 11 argumentos del Islam en contra de la aplicación de la eutanasia, que son los siguientes:

1. La eutanasia legal favorece una *pendiente peligrosa* en contra del derecho a la vida en otros campos.
2. La eutanasia empeora la relación médico-paciente e incluso la relación paciente-familiares.
3. La eutanasia desalienta la inversión en cuidados paliativos y en tratamientos para el dolor.
4. La eutanasia contraviene la ética médica que desde Hipócrates se ha centrado en eliminar el dolor, no en eliminar el enfermo.
5. La eutanasia no es solicitada por personas libres, sino casi siempre por personas deprimidas, mental o emocionalmente trastornadas.
6. La eutanasia no es un derecho humano, no está previsto en ningún Convenio de Derechos Humanos.
7. La práctica de la eutanasia puede ser una salida fácil para el enfermo.
8. La eutanasia dificulta el trabajo de los terapeutas que trabajan con minusválidos, deprimidos, enfermos.
9. La eutanasia tenderá a eliminar a los más pobres y débiles.
10. La eutanasia legal no impedirá las eutanasias ilegales, sino que las potenciará.
11. La eutanasia viola todas las leyes divinas, esto es la Torah, el Evangelio y el Corán.⁴⁰

De lo antes expuesto, podemos comprobar que independientemente del tipo de corriente religiosa de que se trate, todas pugnan por el derecho a la vida, considerándola como un *don divino* otorgado por un *ser supremo*, ya sea denominado Dios o Alá. Sin embargo, en algunas como la católica, se reconoce la elección del enfermo de determinar los tratamientos médicos para aliviar su dolor.

De igual manera, en la corriente Reformista Holandesa, se considera como una facultad de las personas solicitar una muerte dulce cuando la enfermedad es insoportable, diferenciando este hecho

⁴⁰ <http://www.webislam.com/?idt=7359>

del suicidio ordinario. Asimismo, en el Judaísmo a petición del enfermo se otorga una muerte digna, esto es, una muerte suave y rápida que aminora el sufrimiento del enfermo, sin encuadrarlo en el homicidio.

1.1.5. Definición Médica

Para comprender desde el punto de vista médico a la eutanasia, nos referiremos a la posición de los profesionales de la medicina frente a sus pacientes, considerando los avances científicos y la perspectiva ética.

En principio debemos recordar que Hipócrates (s. V a. C.) prohíbe a los médicos la eutanasia o la ayuda para cometer suicidio, lo cual fue plasmado en su juramento médico, que dice: "... nadie puede asignar el valor al paciente porque él tiene valor inherente...no dará medicamento mortal por más que se lo soliciten..."⁴¹

Sin embargo, Hipócrates reconoció que se podría violar fácilmente esta ética, ya que los médicos no tienen sólo el poder para curar, sino también para matar. En el juramento, la santidad de la persona y el verdadero bienestar del paciente eran centrales. La ética médica impone la obligación de prolongar la vida en todas las circunstancias. Incluso cuando la calidad de la vida es más importante para el paciente que su duración, la medicina tiende a concentrar la atención del personal médico en la lucha contra la enfermedad.

⁴¹ www.accionchilena.cl/Doctrina/Eugenesia%20y%20Eutanasia%20en%20Chile.aspx#2.-_La_Eutanasia_en_la_Antigüedad_

Por esta razón, Hipócrates hizo que los médicos juraran que nunca usarían su conocimiento ni experimentarían para matar, incluso ante la propia demanda de un paciente. El juramento permitió a la medicina proteger al paciente vulnerable.

Sin embargo, en la actualidad existen médicos que consideran la libertad del paciente a elegir sobre el tratamiento que se le aplicará. Uno de aquéllos es el doctor Dérobert, que define la eutanasia como:

La muerte dulce y sin sufrimiento que se da a los enfermos incurables, cuya evolución de la enfermedad es fatal y que están torturados por dolores físicos intolerables y persistentes que los medios terapéuticos no pueden atenuar.⁴²

Por su parte, el doctor Gonzalo Higueroa define la eutanasia como: “La práctica que procura la muerte, a petición del paciente, de sus familiares, o de un tercero, para evitar grandes dolores y molestias al paciente.”⁴³

El doctor César Rivera Benítez considera que:

La ética de la medicina tiene el propósito de mejorar la toma de decisiones entre los pacientes y los médicos y la participación del paciente en las decisiones sobre el tratamiento y el uso selectivo de tratamiento para sostén de la vida, conocido como consentimiento informado, que se basa en el principio ético de la autonomía y del derecho legal a la autodeterminación..... El médico está obligado a respetar el derecho de los pacientes a renunciar al tratamiento, siempre

⁴² DÉROBERT, LEONARD. *Ética y Medicina*, Editorial Guadarrama, Madrid, 1949, p. 208.

⁴³ HIGUEROA, GONZALO. *Distanasia y moral: experimentos con el hombre*, Editorial Santander, 1973, p. 252.

y cuando haya tenido un consentimiento informado, basado en la autonomía individual y el derecho a la autodeterminación, y considerarlo como una parte del cuidado del paciente.⁴⁴

Dicho consentimiento informado está integrado por 3 componentes, que son:

- a) Información: el médico debe informar al paciente acerca del diagnóstico, pronóstico, riesgos y beneficios de las opciones del tratamiento;
- b) Competencia: se refiere a la capacidad del paciente de comprender la información dada por el médico, y las consecuencias de la misma; y
- c) Voluntad: la libertad de elección que tiene el paciente para decidir sobre su tratamiento.

El caso más conocido de la práctica de eutanasia por un médico es el del doctor Jack Kevorkian, conocido como "Dr. Muerte", por asistir en el suicidio de por lo menos 130 pacientes terminales y crónicos. Con base en uno de estos casos, en 1998 fue acusado y procesado por homicidio. Sin embargo, el Dr. Muerte argumentó que en todos los suicidios asistidos, las personas habían *manifestado su voluntad* de forma reiterada y ante terceros, quienes fungieron como testigos. Fue condenado a 25 años de prisión, quedando en libertad en junio de 2007 por su deteriorado estado de salud.⁴⁵ Este caso de Jack Kevorkian será desarrollado en el Capítulo 3 de este trabajo.

Por lo antes mencionado, debemos resaltar que si bien el médico debe procurar salud al enfermo en todo momento, no debe violentar la voluntad del enfermo, ya que de común acuerdo, entre paciente

⁴⁴ RIVERA BENITEZ, CÉSAR. "Aspectos médicos de la Eutanasia". Revista de Derechos Humanos. Órgano Informativo de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México. Marzo-Abril, año 2001, p.68.

⁴⁵ VAZQUEZ, RODOLFO. *Concepto y justificación de la Eutanasia*. Eutanasia: hacia una muerte digna, Foro Consultivo Científico y Tecnológico, México, julio 2008, p. 29.

y médico, se toma la decisión sobre los tratamientos a seguir en cada enfermedad. Sin embargo, y a pesar de los avances científicos, existen tratamientos que lejos de sanar el padecimiento provocan sufrimientos insoportables, por lo que es viable considerar que el enfermo, con base en el conocimiento informado otorgado por el médico, elija el mejor tratamiento para la enfermedad que padece, o bien opte por una muerte digna, esto es, que decida sobre su propia muerte, así como la forma en que le será otorgada, en el entendido de que en este contexto la eutanasia no es la antítesis del derecho a la vida, sino una defensa de la misma.

1.2. Elementos de las Definiciones

Una vez desarrolladas las diferentes acepciones de la palabra eutanasia, podemos concluir que, existen tres criterios centrales en su aplicación:

- a) La manifestación clara y reiterada de la voluntad del otorgante o del enfermo. O en su caso, la manifestación de voluntad emitida por la persona autorizada por el otorgante, el enfermo o la Ley, para tales fines;
- b) Que la persona padezca enfermedad terminal; y/o
- c) Que sufra dolores insoportables.

Para la mejor comprensión del concepto y las diversas clases de eutanasia (cuyo desarrollo será materia del Capítulo 2) se señalan los siguientes elementos:

1.2.1. Sujeto pasivo

El sujeto pasivo es la persona a quien se aplica la eutanasia, ya sea a su solicitud, o bien a solicitud de las personas facultadas para ello, por lo que se entiende por sujeto pasivo al:

- a) Paciente que sufre una enfermedad incurable ;
- b) Paciente en estado agónico o moribundo; y
- c) Enfermos desahuciados que padecen fuertes dolores.

Respecto al paciente que padece una enfermedad terminal (inciso a) que antecede), este supuesto se refiere a las enfermedades para las que los avances científicos no han encontrado cura, esto es, que los medicamentos que son suministrados al enfermo no atacan la enfermedad, solo permiten *sobrellevar* los efectos de la misma, lo que en muchas ocasiones deteriora la calidad de vida del enfermo.

Con relación al paciente en estado agónico o moribundo (inciso b) que antecede), podemos ejemplificarlo con los enfermos en estado de inconciencia, como aquellos con muerte cerebral o en coma, quienes además de encontrarse en completa inconciencia respecto de su entorno, pierden gradualmente funciones biológicas y motrices, e incluso funciones básicas como comer, beber o respirar, dependiendo de aparatos mecánicos, por lo que su subsistencia es meramente virtual y en *esencia* la persona deja de tener ese carácter, convirtiéndose en un mero caso médico.

Sin embargo, existen casos en los que después de muchos meses o años, algunas personas recobran la conciencia, aunque sus funciones fisiológicas y motrices ya se encuentran muy deterioradas o reducidas a su mínima expresión.

Ahora bien, respecto a los enfermos desahuciados que padecen fuertes dolores (inciso c) que antecede), podemos considerar en este rubro a las personas que padecen ciertos tipos de cáncer o

sida, existiendo en la actualidad únicamente tratamientos para sobrellevarlas. Sin embargo, dichos tratamientos provocan indirectamente que la vida del enfermo deje de ser plena e incluso la convierten en indigna.

1.2.2. Sujeto activo

Aquella persona que en forma consciente y deliberada procure o autorice la muerte del enfermo terminal, actuando por motivos de piedad o humanidad, que pueden ser:

- a) Médico o personal sanitario: el profesional del sistema de salud que por compasión, de forma consciente y deliberada provoca por acción u omisión la muerte de otro.

- b) Familiares: Se hace referencia a estas personas porque son las que se encuentran más cerca del sujeto pasivo y comprenden sus circunstancias ante la enfermedad o la situación que presenta. Éstos son:
 - Él o la cónyuge;
 - El concubino o la concubina;
 - Los hijos mayores de edad consanguíneos o adoptados;
 - Los hijos emancipados;
 - Los padres consanguíneos o adoptantes;
 - Los que ejerzan la patria potestad; y
 - Los hermanos mayores de edad o emancipados.

- c) Otras personas: Son aquellos que sin ser necesariamente miembros de la familia, están facultados por la ley para solicitar la aplicación de la eutanasia:

- Los tutores o tutrices; o
- Aquellos designados por el enfermo o la Ley como representantes facultados para tomar esa decisión.

1.2.3. Formas de privación de la vida

Antes de describir cada una de las formas de privación de la vida, debemos entender como tales a los medios o medicamentos que se suministran, así como aquellos actos u omisiones con la única intención de provocar la muerte de la persona para aliviar el sufrimiento y dolores que padece. Las formas de privación de la vida son:

- a) Por sedación provocada momentos antes de la muerte: Es la administración de diversos fármacos con la finalidad de disminuir el nivel de *conciencia* del enfermo y de algunos síntomas de la enfermedad, como el dolor, hasta provocar la muerte.

A mayor abundamiento, es prudente considerar que sedación:

Es inducir el sueño a un enfermo con sufrimiento irreversible que no se alivia con otras medidas de manera satisfactoria, prolongándolo hasta su fallecimiento. La sedación pretende que la muerte llegue de forma serena, sin angustia ni dolor, sin molestias desagradables como el ahogo o la agitación, sin ruidos. La muerte tranquila, la muerte dulce, en ocasiones puede ser un regalo del destino, producto del azar o toda una suerte, cuando se padece una enfermedad avanzada protagonizada por el sufrimiento, el deterioro, la debilidad, la dependencia.⁴⁶

⁴⁶ <http://www.morirencasa.org/XSedacion.htm>

- b) Por la administración de narcóticos en dosis elevadas: Sustancias o medicamentos que se aplican al enfermo vía oral o cutánea, en cantidades desproporcionadas, para provocar su muerte.

En esta categoría se consideran a las dosis elevadas de medicamentos, o bien a los narcóticos que combinados con otros elementos provocan la muerte, por lo que podría entenderse como un tipo de envenenamiento médico e inducido para lograr una buena muerte, la cual (a diferencia de la sedación) no necesariamente requiere de un tercero para su aplicación, esto es, basta con que el sujeto pasivo disponga de los medicamentos o narcóticos necesarios para provocar su muerte.

- c) Dejar de suministrar un medicamento:⁴⁷ Es la omisión planificada de los cuidados que probablemente prolongarían la vida, ya sea porque no se inicia el tratamiento (abstención terapéutica), o por la suspensión del tratamiento ya iniciado (suspensión terapéutica).

Dicha omisión puede ser de tres tipos:

- i. Omisión dolosa: como su nombre lo indica, supondría el propósito deliberado de hacer daño, mala voluntad, mala fé, ya que consideradas todas las circunstancias se concluiría que habría obligación de actuar.
- ii. Omisión culposa: en cambio, conllevaría el no actuar por descuido, imprudencia o impericia, en algún grado imputable al sujeto de la omisión.
- iii. Omisión juiciosa o razonable: se daría cuando se considere que no hay ningún mal en la omisión, o al menos ésta, en relación con la acción, es un mal menor, y por tanto no existe obligación de actuar.⁴⁸

⁴⁷ HÄRING, BERNARD. Moral y Medicina. Editorial Argos Vergara, Barcelona, 1981, p.143

Es decir, sin importar el tipo de omisión, ésta tiene como consecuencia la inducción de la muerte del enfermo, pero siempre en forma progresiva para procurar una buena muerte, ya que de efectuarse súbitamente le provocaría agonía.

1.2.4. Elementos subjetivos

Los elementos subjetivos son las circunstancias que en cada caso se consideran por el enfermo, los familiares o las personas facultadas para tomar la decisión de aplicar la eutanasia. Estos elementos subjetivos son:

- a) El motivo de misericordia, piedad o compasión para evitar graves sufrimientos o dolores al paciente. Este elemento es esencial en la aplicación de la eutanasia, ya que aún en caso de faltar el consentimiento del paciente, el sujeto activo actúa por *piedad*, toda vez que la premisa es aliviar el dolor y sufrimiento del enfermo; y

- b) La precaria situación económica de la familia del paciente. Uno de los fines primordiales en el núcleo familiar es el apoyo incondicional y la procuración del bienestar de todos sus integrantes, pero en ocasiones la manutención del enfermo terminal o desahuciado (ya sea en un hospital o en casa), puede ser muy costosa para la familia y sin ninguna mejoría en el familiar enfermo, convirtiéndose en uno de los elementos que se consideran para expresar la voluntad.

⁴⁸ PÉREZ VALERA, VICTOR. Eutanasia ¿Piedad? ¿Delito?. Editorial Noriega, México, 2003, p.25.

No debemos olvidar que si bien es cierto el elemento subjetivo de la situación económica influye en la toma de decisión, es decir, es considerado como una circunstancia para manifestar la disposición, no necesariamente es un tema medular para determinar la aplicación de la eutanasia.

1.2.5. Requisitos

El requisito esencial para la aplicación de la eutanasia es la manifestación de voluntad. Sin este consentimiento la eutanasia perdería su sentido más importante, que es aliviar el dolor y sufrimientos del enfermo, toda vez que sin esa manifestación de voluntad, otorgada por el enfermo o por las personas facultadas para ello, la eutanasia no podría ser aplicada. A continuación se señalan las variantes de la manifestación de voluntad, que son:

- a) Con consentimiento del sujeto pasivo: cuando el paciente expresa su voluntad de manera verbal o por escrito.

Este tipo de manifestación de voluntad puede o no constar por escrito, ya que en ocasiones y dependiendo de la legislación aplicable, la forma de la manifestación de voluntad no necesariamente debe constar en documento, bastando con la manifestación reiterada e inequívoca para la aplicación de eutanasia. Lo fundamental es la manifestación de voluntad, ya que la forma de esa manifestación dependerá de la ley del lugar en donde se otorgue, o bien donde se aplique.

- b) Sin consentimiento del sujeto pasivo: si el paciente no expresó por ningún medio su voluntad y la decisión es tomada por un tercero, ya sea familiar o persona cercana a dicho enfermo.

Este rubro se refiere a las personas a quienes la ley faculta para solicitar la aplicación de la eutanasia, cuando el enfermo no pueda expresar su voluntad. En la inteligencia de que estas personas conocen la voluntad del enfermo, por lo que su decisión no violentaría la voluntad y derechos de aquél. Por ello es que la ley establece que las personas que pueden otorgar el consentimiento para la eutanasia sean los parientes o personas más cercanas, quienes por la convivencia cotidiana con el enfermo conocen su voluntad y por tanto procurarán su respeto y aplicación.

- c) A ruego o requerimiento del sujeto activo: cuando a falta del consentimiento del paciente, los familiares o el representante solicitan la aplicación de la eutanasia.

Derivado de lo anterior, el médico tratante respetando la voluntad manifestada, establecerá el procedimiento para aplicar la eutanasia, en el entendido de que su conducta es consecuencia de la voluntad del paciente, ya que esa manifestación de voluntad no solo consiste en expresar la decisión sobre suspender el tratamiento médico, también implica la elección de una muerte digna, así como la forma en que esa buen muerte se logrará, en aras del respeto de la voluntad libre y reiterada del enfermo, con la finalidad de evitarle sufrimientos insoportables y en consecuencia una vida indigna.

1.2.6. Finalidad

La finalidad se refiere a las consecuencias que se pretenden con la eutanasia, que no debemos confundir con la muerte del enfermo, ya que ésta es una consecuencia indirecta, porque uno de los fines primordiales de la aplicación de la eutanasia es el respeto a la *voluntad del enfermo*, que se manifiesta en la elección de una *buena muerte*, esto es, que si el enfermo tiene derecho a combatir la muerte, también le permite aceptar la muerte como tal o bien, decidir el momento y circunstancia de su muerte, es decir, el derecho a morir con dignidad. Lo cual nos lleva al otro fin esencial de la eutanasia, que es el respeto de la *dignidad humana*. Sin ésta el individuo perdería su calidad de ser humano. Las personas desde el nacimiento hasta la muerte deben recibir un trato humano, es decir, un reconocimiento a su personalidad jurídica como ser humano para vivir dignamente. Así pues, en respeto a la voluntad y dignidad de los enfermos, éstos no deben ser sometidos a tratamientos inhumanos o degradantes, ya que lo único que debe ser respetado son dichas voluntad y dignidad del enfermo, lo que se reflejará en una muerte digna.

De tal manera, aunado al respeto de la voluntad y de la dignidad del enfermo, existen los siguientes fines:

- a) Evitar al enfermo una agonía dolorosa: procurar que el paciente no sufra grandes dolores, a través del suministro de medicamentos o aplicación de tratamientos que disminuyan los sufrimientos insoportables que padece el enfermo, el cual es considerado como el móvil de piedad o misericordia en eutanasia, ya que ésta se aplica con el *animus* de disminuir los dolores insoportables que provocan la agonía del enfermo.

- b) Procurar una muerte tranquila: provocar la muerte del enfermo sin sufrimiento físico o psicológico, evitando la prolongación de su agonía y la de sus familiares, lo que se traduce en una muerte digna, en las condiciones y términos que el propio enfermo ha establecido, como consecuencia del respeto a su voluntad y dignidad.

Por último, una vez desarrolladas las acepciones y elementos de eutanasia, podemos concluir que debe entenderse por eutanasia una muerte sin sufrimientos innecesarios y degradantes, provocada intencionalmente, ya sea mediante el suministro, omisión o suspensión de medicamentos o tratamientos médicos, para evitar la aplicación de medidas mínimas, cuidados paliativos y/o procedimientos médicos desproporcionados o inútiles, que menoscaben la dignidad del enfermo en etapa terminal y constituyan obstinación o encarnizamiento terapéuticos.

Capítulo 2. Clasificación de la Eutanasia

Una vez analizadas las diversas acepciones y establecidos los elementos de la eutanasia, a continuación y conforme a los siguientes criterios, elaboramos la siguiente clasificación:

a) De acuerdo a la *voluntad del enfermo*:

- Eutanasia Voluntaria; y
- Eutanasia Involuntaria.

b) De acuerdo a la *acción del médico*:

- Eutanasia Activa;
- Eutanasia Pasiva;
- Ortotanasia;
- Distanasia;
- Eutanasia Directa; y
- Eutanasia Indirecta.

c) De acuerdo a la *situación del enfermo*:

- Encarnizamiento terapéutico;
- Sedación controlada;
- Sedación terminal;
- Del enfermo desahuciado;
- Del enfermo en estado vegetativo;

- Del enfermo terminal;
- Eutanasia Perinatal;
- Eutanasia Agónica;
- Eutanasia Psíquica; y
- Eutanasia Eugenésica.

2.1. De acuerdo con la Voluntad del Enfermo

Se divide en eutanasia voluntaria e involuntaria, las cuales consisten en lo siguiente:

2.1.1. Eutanasia Voluntaria

Es la practicada con el consentimiento del paciente. El enfermo terminal expresa su consentimiento para que el tratamiento médico le sea suspendido y se le suministre algún fármaco para provocar su muerte, siempre y cuando haya sido debidamente informado de su estado y pronóstico, por lo que la aplicación de la eutanasia es consecuencia de la petición libre y reiterada del paciente, con el único fin de evitarle sufrimientos.⁴⁹

También se considera eutanasia voluntaria cuando el enfermo convence a algún familiar, médico o amigo para que aquélla le sea practicada, o bien, cuando llegada la situación de inconsciencia, no permita el uso de sistemas auxiliares de apoyo (reanimación).⁵⁰

A este último respecto, la eutanasia puede ser voluntaria incluso cuando la persona ya no es capaz para manifestar que desea morir. Esto es, se pueden prever situaciones en las que aún padeciendo

⁴⁹ MEDINA, GRACIELA. "Prolongar la vida o prolongar la Agonía". *Revista Latinoamericana de Derecho*, Año 2003, número 6 julio-diciembre, p.266.

⁵⁰ http://www.ulpiano.org.ve/revistas/bases/artic/texto/RDUCV/121/rucv_2001_121_389-427.pdf

una enfermedad dolorosa e incurable, que haya despojado a la persona de sus facultades racionales, y por tanto ya no le sea posible decidir entre la vida y la muerte, haya manifestado con anterioridad que desea terminar con su vida, de encontrarse en dichos supuestos. Por tanto, la persona que le *quita* la vida en las circunstancias previstas, actúa a petición del paciente y realiza un acto de eutanasia voluntaria.

Los aspectos a considerar en la eutanasia voluntaria son:

- a) El derecho de los sujetos a la interrupción de tratamientos médicos cuando esto produzca la muerte;
- b) La posibilidad de señalar anticipadamente determinaciones en caso de incapacidad posterior del sujeto;
- c) La validez de la manifestación de voluntad de los representantes legales de los incapaces para suspender o impedir los tratamientos; y
- d) La necesidad de la intervención judicial para lograr el respeto a la voluntad de no continuar o intentar un tratamiento contrario a la dignidad de la vida.⁵¹

Así, en la aplicación de la eutanasia voluntaria, destaca la manifestación de voluntad del enfermo, con el propósito de suspender el tratamiento médico evitando la prolongación de la agonía o encarnizamiento terapéutico, alcanzando una buena muerte.

El caso que ejemplifica este tipo de eutanasia es el de Elizabeth Bouvia, quien a los 26 años fue víctima de parálisis cerebral espástica. Al encontrarse tan disminuída físicamente, hasta el punto de

⁵¹ MEDINA, GRACIELA. Op Cit., p.292.

depender de los demás incluso para sus más pequeñas necesidades, además de no querer vivir con los sufrimientos físicos que le provocaba su enfermedad, Elizabeth manifestó en juicio su decisión irrevocable de morir de inanición con la ayuda del personal del hospital de Riverside. Esta manifestación generó diversas confrontaciones entre los defensores de la vida hasta sus últimas consecuencias y aquellos que defendían el derecho de todo individuo a decidir si quiere seguir viviendo una existencia no deseada o prefiere terminar con su agonía.⁵²

Los seis jueces del Tribunal Supremo de California votaron unánimemente contra la petición presentada por Elizabeth Bouvia. Poco después de esta primera sentencia, el Tribunal autorizó expresamente a los médicos que colocaran una sonda en el antebrazo de Elizabeth, para continuar alimentándola. La sentencia del Tribunal Supremo de California se limitó a denegar la petición de Bouvia, sin añadir ningún comentario. Los abogados de la Unión Americana de Libertades Civiles, que se encargaron del caso desde el primer momento, manifestaron que continuarían apelando para cambiar el veredicto, ya que el Tribunal admitió el derecho de Elizabeth Bouvia para terminar con su vida, pero le negó la posibilidad de realizarlo.⁵³

Por otra parte, la Dirección del hospital donde estaba Bouvia, indicó que a pesar de que la cuenta de gastos médicos ascendía a más de 65.000 dólares, el hospital no podía suspender el tratamiento. Al final, Elizabeth Bouvia murió en el hospital antes de que pudiera obtener del tribunal una sentencia favorable a su petición.

⁵² PANIKER, SALVADOR, "El derecho a morir dignamente". *Anuario de Psicología de la Universidad de Barcelona*. Número 4, volumen 29, 1998. Consultado en: <http://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/viewFile/61502/88349>

⁵³http://www.elpais.com/articulo/sociedad/ESTADOS_UNIDOS/Tribunal/Supremo/California/condena/vivir/joven/paralitica/Elizabeth/Bouvia/elpepisoc/19840121elpepisoc_11/Tes/

Como se desprende de lo anterior, aún cuando el Tribunal reconoció que Elizabeth tenía derecho de elegir una buena muerte, negó su aplicación, es decir, la suspensión del tratamiento médico, al no existir ordenamientos que establecieran la eutanasia voluntaria. Es gracias a este tipo de hechos, que en ocasiones se producen modificaciones a los ordenamientos legales, lográndose así que en futuros casos los interesados obtengan una resolución favorable.

2.1.2. Eutanasia Involuntaria

Es la practicada sin el consentimiento del enfermo, esto es, cuando el paciente no puede expresar su voluntad o consentimiento para su propia muerte, por lo que un tercero toma la decisión con la finalidad de aminorar sufrimientos y evitar una vida indigna al enfermo, sin que éste la haya considerado o solicitado previamente.

Algunos casos de eutanasia involuntaria se presentan cuando el paciente se encuentra inconsciente, esto es, en *estado de coma* o en *estado vegetativo*. Las prácticas médicas aceptadas son la administración de dosis cada vez mayores de fármacos analgésicos que eventualmente ocasionarán la muerte del paciente, o bien el retiro *no consentido* de un tratamiento para seguir vivo.⁵⁴

En la aplicación de la eutanasia involuntaria, se debe considerar que:

- a) El paciente tenga una enfermedad terminal sin expectativas de curación;
- b) El paciente no es capaz de expresar su voluntad;
- c) Existe un procedimiento confiable que prueba que el paciente estaría de acuerdo en la práctica de la eutanasia;

⁵⁴ PETER, SINGER. Compendio de Ética, Capítulo 25, Editorial Alianza, Madrid, 1995, pp. 405-416

- d) El valor de la vida, esto es, evaluar el daño y la indignidad de la calidad de vida del enfermo;
- e) Derecho de los familiares de un incapaz a suspender los tratamientos cuando dicha suspensión conduzca a la muerte; y
- f) El derecho de los familiares a suspender las terapias de sostén vital cuando se produzca la finalización de la vida.⁵⁵

De esta manera, debe resaltarse que en la eutanasia involuntaria el elemento ausente es la manifestación de voluntad del enfermo, toda vez que éste se encuentra inconciente o no puede expresar su voluntad, por lo que la ley señala a las personas autorizadas para solicitar la aplicación de la eutanasia, en el entendido de que dichas personas son los familiares más cercanos, ya que se supone saben y pueden expresar lo que el enfermo elegiría al respecto.

En este tipo de eutanasia encuadra el caso de Paul Brophy. En la ciudad de Easton, Massachusetts, el 23 de octubre de 1983, Paul Brophy, bombero y técnico en emergencias médicas, sufrió ruptura de una arteria cerebral. Pese a la cirugía a que fue sometido, nunca recuperó su estado de conciencia. Patricia, esposa de Paul, concurrió a los tribunales a fin de que no fuese resucitado en caso de un paro cardíaco, ya que había presentado un cuadro de neumonía. En diciembre de 1984, Patricia autorizó una gastrostomía para su alimentación.

En febrero de 1985 y después de pensar en las palabras que su esposo le había dicho años atrás respecto al caso Ann Quinlan (que se analizará más adelante), de que si le sucedía algo parecido *prefería ser desconectado*, la Sra. Brophy solicitó a la Corte que se interrumpiese la alimentación

⁵⁵ MEDINA, GRACIELA. Op Cit., p. 267

artificial. Pero el juez dictaminó que el tubo de alimentación debería seguir, pese a reconocer en la sentencia que probablemente el deseo de Brophy era morir en vez de prolongar su estado vegetativo. La Sra. Brophy apeló el veredicto y en septiembre de 1986, después de que tres Salas se negaron a revisar el caso, la cuarta Sala Suprema del Estado de Massachusetts dictaminó que sí se podía retirar el tubo de alimentación. Brophy falleció de neumonía a la edad de 49 años, el 23 de octubre de 1986, ocho días después de que se le retiró la gastrostomía.⁵⁶

Por lo antes relatado, es prudente destacar que aún y cuando la ley reconozca la voluntad del enfermo sobre la eutanasia, es todavía complicado para los órganos jurisdiccionales reconocer esa voluntad, máxime cuando no es una manifestación expresa del enfermo. Sin embargo, es claro que los indicados para expresar dicha voluntad en sustitución del enfermo son los parientes, quienes por la cercanía y convivencia con aquél conocen su voluntad, no solo en el aspecto médico, sino respecto a la suspensión del tratamiento para alcanzar una muerte digna.

2.2. De acuerdo a la Acción del Médico

Se divide en eutanasia activa y pasiva, mismas que consisten en lo siguiente:

2.2.1. Eutanasia activa

La acción mediante la cual terceras personas auxilian o de manera directa ponen fin a la vida de un enfermo crónico o en estado terminal.⁵⁷

⁵⁶ www.elpais.com/.../HOLANDA/ESTADOS_UNIDOS/REINO_UNIDO/Testamento/vital/elpepisoc/19880201elpepisoc_4/Tes/ - 74k -

⁵⁷ VAZQUEZ, RODOLFO. Op Cit., pp. 25

Esta clase de eutanasia es el verdadero problema para las creencias religiosas y las convicciones morales, ya que a través de una acción se provoca la muerte del paciente, equiparándola al suicidio asistido, generado en conciencia un conflicto, en el que se debe valorar el sufrimiento del enfermo y la opción más digna para terminar con su vida, así como el actuar de la persona que aplicará la eutanasia. Al respecto, consideramos que ante todo debe ser valorado primordialmente el sufrimiento del enfermo y la calidad de su vida, por lo que para evitar una vida en condiciones indignas, pueda resultar mejor optar por una buena muerte que continuar con un encarnizamiento terapéutico. Es por ello que en última instancia se debe considerar como determinante para la aplicación o no de la eutanasia, el conflicto en conciencia de la persona que facilitará al enfermo una muerte digna, pues lo principal es respetar la voluntad y no anteponerla a una situación externa.

Los cuestionamientos a la eutanasia activa, son:

- a) La constitucionalidad de la penalización a quienes aplican la eutanasia; y
- b) La violación del derecho a la igualdad de otros pacientes con iguales padecimientos, por impedir y sancionar la actividad médica que permita una muerte digna y al mismo tiempo permitir la omisión médica o la suspensión de tratamientos para impedir una vida indigna.⁵⁸

Con relación a la constitucionalidad de la penalización a quienes aplican la eutanasia, señalada en el inciso a) que antecede, es necesario que los ordenamientos legales relativos sean modificados para evitar encuadrar como tipo penal la aplicación de la eutanasia, ya que en este supuesto no se comete un hecho ilícito, sino que se actúa en respeto a la voluntad de la persona. Al pretender

⁵⁸ MEDINA, GRACIELA. Op Cit., p. 266.

considerar a la eutanasia como un delito se estaría desconociendo la manifestación de voluntad, así como el principio de autodeterminación y libertad.

Respecto al inciso b) que antecede, identificado como la violación del derecho a la igualdad de otros pacientes con iguales padecimientos, por impedir y sancionar la actividad médica que permita una muerte digna, dicho cuestionamiento se menciona porque al establecer algún tipo de diferencia entre los enfermos o las enfermedades que éstos padecen, puede cometerse una violación a los derechos humanos, ya que parecería que esta distinción encuadraría en una suerte de discriminación, porque si bien es cierto que cada caso y circunstancia es diferente, el médico no debe realizar ninguna distinción cuando el caso es evidentemente similar a otro en el que haya practicado la eutanasia, ya que no solo se violentaría la libertad y voluntad del enfermo, también se quebrantaría su derecho de igualdad, cayendo en una discriminación. Ante ello, es oportuno señalar que para evitar desigualdad en los derechos y diferencias en criterios, se deben establecer claramente los requisitos y las circunstancias para la aplicación de la eutanasia y en consecuencia uniformar criterios, otorgando de esta manera certeza jurídica tanto al paciente como al médico tratante.

Un caso conocido que ejemplifica a la eutanasia activa es el de Janet Adkins, cuyo esposo en enero de 1990 acudió a solicitar el primer suicidio asistido a Jack Kevorkian, apodado "Dr. Muerte", quien comenzó a ofrecer sus servicios a las personas que optaran por el suicidio, mediante anuncios en el periódico que decían: *Médico asesor de enfermos desahuciados que deseen morir con dignidad, doctor en medicina y bioética. Orientación especial para la muerte.*

El Dr. Muerte construyó en su cocina una máquina que denominó “Mercytron”, la primera máquina del mundo para suicidarse. La asistencia consistía en conectar a los solicitantes al “Mercytron”, que ellos mismos podían activar, aplicando una dosis de un fármaco letal. Ofreció la historia a los reporteros y pronto apareció en la televisión. El esposo de Janet Adkins, mujer de 54 años que estaba en la fase inicial de Alzheimer, supo de Kevorkian y concertó una cita con él en Detroit. Los médicos observaron posteriormente que las dificultades de la mujer deberían haber indicado a Kevorkian que ella no estaba en condiciones de dar consentimiento de *buena muerte*. No obstante, el 4 de Junio de 1990, en la parte trasera de su camioneta Volkswagen, Kevorkian facilitó por vez primera un suicidio. A través de una aguja activó un interruptor del “Mercytron” para administrar a Janet Adkins una dosis vía intravenosa de cloruro de potasio.

Michael Modelski, fiscal asistente del condado de Oakland, en Michigan, solicitó una prohibición judicial para evitar otros suicidios, argumentando que Kevorkian quería repetir el proceso del “Mercytron”. En 1991 Kevorkian pidió al tribunal que le permitiera seguir adelante, argumentando que sólo se trataba de un *pequeño experimento* y que en caso de no tener resultados lo dejaría. El juez rechazó la petición y le prohibió continuar con el *pequeño experimento*. Sin embargo, el doctor hizo caso omiso, aún después de la revocación de su licencia para ejercer la medicina.⁵⁹

Lo anterior nos demuestra que aún y cuando la ley prohíba la práctica de eutanasia, las personas buscarán los medios para lograr su objetivo, por lo que nuevamente reiteramos que debido a este tipo de casos, es que las leyes tienen que ser modificadas, para evitar que se cometan hechos que en su momento pueden ser considerados ilícitos, no necesariamente por el animus con que se

⁵⁹ http://www.vianocturna.net/articulos_doctormuerte.htm

ejecutan, sino porque las leyes resulten obsoletas al ser rebasadas por la realidad actual, provocando en consecuencia inseguridad jurídica a toda persona que actúe fuera de sus límites. Máxime que en la eutanasia se actúa con la finalidad de procurar un vida digna o para inducir una buena muerte.

2.2.2. Eutanasia pasiva

Es el fallecimiento de un enfermo terminal provocado por la omisión o suspensión (terminación) del tratamiento que lo mantiene vivo, por considerarse inapropiado al no mejorar su calidad de vida.⁶⁰

Cabe mencionar que esta suspensión u omisión de tratamiento se realiza por indicación médica, para evitar sufrimientos y efectos contraproducentes en el paciente, esto es que, una vez que el enfermo ha recibido del médico tratante el conocimiento informado sobre las ventajas y desventajas del tratamiento, o bien, de la suspensión del mismo, el paciente manifiesta al médico su petición de suspender el tratamiento, de tal manera que el médico actúa a solicitud expresa del paciente, mas no arbitrariamente, ya que como lo hemos expresado, el médico no puede decidir por el enfermo, sino que está obligado a proporcionarle los elementos e información necesarios para que el paciente elija la opción más adecuada para su enfermedad y calidad de vida, ello en ejercicio de su libertad y autodeterminación.

Por lo antes mencionado, es conveniente indicar que la suspensión del tratamiento puede realizarse por tres motivos:

- a) A petición expresa del paciente, siempre y cuando esté consciente;

⁶⁰ <http://www.muertedigna.org/textos/eutan.htm>

- b) Por declaración previa del paciente, considerada legal y válida; o
- c) A solicitud de las personas que el paciente o la ley consideren idóneas, como el cónyuge, los ascendientes o los descendientes.⁶¹

Respecto a la petición expresa del paciente, señalada en el inciso a) que antecede, nos referimos a que el médico debe actuar conforme a la voluntad del enfermo, ya que en caso de que la decisión del enfermo sea contraria a la ética del médico, éste puede excusarse y dejar el caso, pero nunca actuar en contra de la voluntad del enfermo.

Con relación al inciso b) anterior, identificado como la declaración previa del paciente, debemos entenderla como tal, ya que el paciente una vez que ha recibido toda la información, cuenta con los elementos necesarios para disponer sobre la aplicación de la eutanasia, por lo que manifestará su decisión en completa conciencia y con información integral.

En cuanto a la solicitud de las personas que el paciente o la ley consideren idóneas, indicado en el inciso c) que antecede, tal y como hemos mencionado, se presume que las personas más calificadas para poder expresar el consentimiento sobre la eutanasia cuando el enfermo no puede hacerlo, son los parientes cercanos, porque conocen la voluntad del enfermo y por tanto pueden manifestarla en su substitución.

⁶¹ VALADÉS, DIEGO. Eutanasia. Régimen jurídico de la autonomía vital, Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, 2008, p.89

Para ejemplificar la eutanasia pasiva describiremos el caso de Karen Ann Quinlan, el cual fue relevante debido a que a partir de la sentencia judicial de la Corte Suprema de New Jersey, se constituyeron por primera vez en la historia los “Comités de Ética Hospitalaria”.

Karen Ann nació el 29 de Marzo de 1954, en Scranton, Pennsylvania. Su madre fue una joven de ancestros irlandeses, soltera. Unas semanas después de nacida fue adoptada por Joseph y Julia Quinlan, devotos católicos, quienes vivían en Landing, New Jersey. Karen Ann vivió sus primeros veinte años sin inconvenientes. En Abril de 1975 Karen Ann Quinlan comenzó una dieta estricta para poder usar un vestido que había comprado recientemente. El 15 de Abril asistió a una fiesta en casa de un amigo. Karen Ann no había comido prácticamente nada en las últimas 48 horas. Tras consumir alcohol y un tranquilizante (que se cree que fue fenobarbital o diazepam), Karen les comunicó a sus amigos que se sentía mareada, por lo que fue a recostarse. Quince minutos más tarde la encontraron sin respirar y pidieron una ambulancia. Sin embargo, no recuperó la conciencia y fue ingresada en el Newton Memorial Hospital en New Jersey en estado de coma y pesando 50 Kg. Karen permaneció ahí por nueve días y fue transferida al St. Clare’s Hospital. Karen Ann sufrió daño cerebral irreversible por experimentar una falla respiratoria prolongada. Luego de ser trasladada al hospital fue conectada a *ventilación mecánica*. Nunca se precisó la causa de la falla respiratoria. Karen se encontraba en estado vegetativo persistente. Durante los siguientes meses permaneció en el hospital, mientras su condición se deterioró gradualmente, seguía perdiendo peso hasta llegar a pesar 36 Kg. Sólo se mantenía viva por la alimentación nasogástrica y el apoyo del ventilador.

Los padres al observar el estado de su hija, solicitaron la suspensión de la *ventilación mecánica*, pero el hospital rechazó la petición. En 1976, solicitaron a la Corte Suprema de New Jersey autorizar al hospital para que retirara la *ventilación mecánica*. Sin embargo, Karen continuaba respirando de manera espontánea aún sin el ventilador, por lo que durante nueve años fue alimentada mediante una sonda nasogástrica, hasta que falleció de neumonía en 1985.⁶²

Como podemos observar en este caso, a diferencia de los anteriores, el paciente no manifestó expresamente la opción de la eutanasia. Sin embargo, los padres, quienes eran las personas más idóneas para decidir su aplicación, solicitaron la suspensión del tratamiento con objeto de evitar que el estado de salud de su hija continuara deteriorándose, procurándole así una muerte digna. Asimismo, el caso de Karen Ann Quinlan fue el primero en el que a través de una sentencia se autorizó expresamente la interrupción del tratamiento médico.

2.2.3. Ortotanasia

Se ubica entre dos extremos, que son la eutanasia (entendida como una aceleración de la muerte) y la distanasia (considerada como una prolongación innecesaria de la vida).

La ortotanasia (*orto-tanatos*: recto, muerte) consiste en dejar morir sin emplear medios desproporcionados y extraordinarios para mantener la vida. Se ha sustituido en la terminología práctica por *muerte digna*, para centrar el concepto en la *dignidad del enfermo terminal* y no en la

⁶² KINNEY.C., "The Quinlans Tell Their Story". Editorial Bantam Books. New York, número 825, 1997, pp-25-30.

voluntad de morir, interrumpiendo el tratamiento, con la finalidad de no prolongar los sufrimientos del enfermo.⁶³

Cabe mencionar que este tipo de eutanasia es la única que se practica en nuestro país (como lo veremos en el Capítulo 4 de este trabajo), por lo que la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 7 de enero de 2008, en vigor a partir del 8 de enero de 2008, define Ortotanasia como:

... muerte correcta. Distingue entre curar y cuidar, sin provocar la muerte de manera activa, directa o indirecta, evitando la aplicación de medios, tratamientos y/o procedimientos médicos obstinados, desproporcionados o inútiles, procurando no menoscabar la dignidad del enfermo en etapa terminal, otorgando los cuidados paliativos, las medidas mínimas ordinarias y tanatológicas, y en su caso la sedación controlada.⁶⁴

Así, la ortotanasia consiste en evitar el encarnizamiento terapéutico y por ende un menoscabo a la dignidad del enfermo, por medio de la interrupción del tratamiento médico. Sin embargo, no tiene como fin provocar la muerte del enfermo, ya que en este tipo de eutanasia se suspende el tratamiento médico para optar por un tratamiento paliativo, esto es, que la enfermedad ya no es objeto de tratamiento, sino lo que se busca es aminorar los sufrimientos que padece el enfermo a través de medicamentos que alivien el dolor, otorgando asimismo ayuda tanatológica al enfermo y a sus familiares, para enfrentar en condiciones dignas el proceso de la enfermedad. Es decir, se proporcionan los elementos necesarios para que la vida del paciente continúe siendo digna, mientras

⁶³ Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. Edición 22, Editorial Espasa Calpe, España, 2008, p.742.

⁶⁴ Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal. Fracción XIII, Artículo 3. Publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 07 de enero de 2008. Entrada en vigor el 8 de enero de 2008.

llega su muerte, pero nunca se realizarán acciones u omisiones que provoquen su muerte, aunque se trate de una muerte digna.

2.2.4. Distanasia

Su etimología es *Dis thánatos*: mal y muerte.⁶⁵ Es lo contrario a la eutanasia y consiste en retrasar la llegada de la muerte todo lo posible, por todos los medios, aunque no haya esperanza de curación y aunque eso signifique sufrimientos para el enfermo.

También se le conoce como “ensañamiento terapéutico” o “encarnizamiento terapéutico.”⁶⁶ Esto es, que tratamientos que pudieran ser útiles desde el punto de vista terapéutico, son aplicados reiteradamente con el fin de prolongar artificialmente la vida de un enfermo terminal. Se considera en algunos casos una “obstinación” del médico en mantener la vida del enfermo, sin reflexionar sobre la calidad de la misma. Otra definición de distanasia es: “una prolongación ilícita de la vida mediante la utilización de medios desproporcionados.”⁶⁷

De tal manera, podría considerarse que la distanasia no es un tipo de eutanasia, porque si bien tiene como finalidad otorgar la muerte del enfermo, la otorga de forma indigna, toda vez que se basa en mantener la vida del enfermo aún en circunstancias precarias, en la inteligencia que los tratamientos aplicados al enfermo se suministran para que éste *sobreviva* a la enfermedad, sin importar que la calidad de vida y salud del enfermo se deteriore gradualmente. Por lo que, aunque pareciera que la distanasia no es un tipo de eutanasia por provocar una muerte en condiciones indignas, forma parte

⁶⁵ *Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española*. Edición 22, Editorial Espasa Calpe, España, 2008, p.263.

⁶⁶ <http://www.muertedigna.org/textos/eutan.htm>

⁶⁷ REINALDI, V.F. “Dejar morir sin delinquir”. *Revista de la Universidad de Córdoba*, 1996, p. 202

de los tipos de eutanasia porque otorga la muerte al enfermo, pero primero intenta preservar la vida aún y cuando su calidad ya no sea digna.

2.2.5. Eutanasia Directa

Es lo que entendemos comúnmente por eutanasia, es decir, la muerte intencional del enfermo a cargo del médico, por compasión. El médico, por acción u omisión, provoca la muerte (activa o pasivamente) debido a motivos de piedad o misericordia.⁶⁸

De esta manera, una vez que el enfermo ha manifestado su voluntad, el médico por acciones u omisiones, que van desde el suministro de medicamentos hasta la suspensión del tratamiento, provoca una muerte digna, que éticamente y en conciencia no son impedimento para su conducta, ya que lo realiza por misericordia, con el afán de aliviar el dolor y sufrimiento, evitando una calidad de vida indigna y provocando una buena muerte. Como hemos señalado, el médico tiene la obligación ética y profesional de respetar la voluntad del enfermo, tanto para optar por un determinado tratamiento o por la eutanasia, pues de actuar contra la voluntad del enfermo afectaría los derechos de libertad, salud, vida y dignidad. El enfermo debe recibir por parte del médico la información necesaria para conocer su estado de salud, las opciones de tratamiento y de expectativa de vida, para que con base en dicha información el paciente exprese su voluntad en el sentido que considere más adecuado para su situación médica, procurando una calidad de vida en condiciones dignas, o bien, optando por una buena muerte.

⁶⁸ MEDINA, GRACIELA. Op Cit., p. 267.

2.2.6 Eutanasia Indirecta

Es la anticipación de la muerte por el principio del *doble efecto*. Con el objetivo de tratar sus síntomas, al enfermo se le administran medicamentos contra el dolor y tranquilizantes que precipitan la muerte como efecto secundario.⁶⁹ El fin primordial es disminuir los sufrimientos, como lo sería el aplicar analgésicos para aliviar dolores, a sabiendas de que el efecto secundario es el acortamiento de la vida del enfermo.

En este tipo de eutanasia, al igual que en la ortotansia, se suministra al enfermo un tratamiento paliativo, para disminuir los dolores que padece a consecuencia de la enfermedad terminal. Sin embargo, la diferencia radica en que en la ortotansia se aplica el tratamiento paliativo únicamente para aliviar el dolor del enfermo, nunca para provocar su muerte. En cambio, en la eutanasia indirecta, los tratamientos paliativos se aplican al enfermo con plena conciencia de que dichos analgésicos o medicamentos provocarán en un determinado tiempo su muerte, lo cual se traduce en un muerte lenta, sin sufrimientos, facilitada en condiciones dignas conforme a la voluntad del enfermo.

Por otra parte, debemos destacar que la diferencia entre eutanasia directa e indirecta, es que la primera busca directamente la muerte y la segunda busca mitigar el dolor, aún y cuando el tratamiento aplicado pueda acortar la vida del paciente.

⁶⁹ PETER SINGER. Op Cit., pp. 405-416

2.3. De acuerdo a la Situación del Enfermo

2.3.1. Encarnizamiento Terapéutico (también obstinación o ensañamiento terapéuticos)

Implica la aplicación de tratamientos inútiles, o si son útiles, desproporcionadamente molestos o caros para el resultado que se espera de ellos. Considerado también como los “medios inútiles para conservar la vida o curar al paciente, causando consecuencias, sin respetar deseos del enfermo”.⁷⁰ Además del sufrimiento que puede provocar al enfermo, en algunas ocasiones el encarnizamiento terapéutico también representa para su familia gastos muy altos, sin conseguir ninguna mejoría en el paciente.

Así, el encarnizamiento terapéutico se traduce en ocasiones en la obstinación que en general llegan a manifestar los familiares o médicos, quienes en aras de preservar la vida del enfermo deciden continuar con el tratamiento. Sin embargo, en muchas situaciones esa *vida* ya no es digna, porque la sobrevivencia depende de aparatos para realizar las funciones básicas, como respirar o comer. De tal manera, que esa *vida* pierde toda calidad e incluso se convierte en el mantenimiento solo de un cuerpo físico que logra sus funciones básicas por los aparatos a los que está conectado, pero la persona ya no puede realizar actividad alguna que le de esa calidad de ser humano, e inclusive el prolongar la dependencia a los aparatos mecánicos induce gradualmente una situación médica precaria, porque al continuar con el tratamiento los dolores son mayores a los que la propia enfermedad hubiese provocado, por lo que en estricto sentido esta situación ya no puede considerarse como vida digna.

⁷⁰ REINALDI, V.F. Op Cit., p. 202

Un caso representativo de este tipo de eutanasia es el de Christine Busalacchi, quien el 11 de marzo de 1987 sufrió heridas graves en un accidente automovilístico que la dejó en estado vegetativo persistente, dependiendo de una sonda para su alimentación. Los padres fueron apoyados por las organizaciones de enfermería de Missouri y de Arkansas para solicitar a la Corte Suprema de Missouri un *amicus curiae*, el cual examinaría la forma en que se debería retirar la sonda de alimentación, teniendo como consecuencia la muerte de Busalacchi.

Pete Busalacchi, padre de Christine, consideraba que una familia no debía estar en *un campo de batalla* con los grupos de interés, los políticos o los jueces, para solicitar el derecho a decidir sobre la vida de un familiar, ya que los pacientes y sus familias enfrentan no sólo conflictos éticos, sino también médicos, financieros, jurídicos y teológicos. Así, ante la negativa del director del hospital, el padre de Christine solicitó autorización a un Juez de Missouri para trasladar a su hija, en coma vegetativo desde hacía tres años, a otro Estado en el que se le pudiera aplicar la eutanasia. Fue reubicada en el hospital de Minneapolis (Minnesota), en donde los médicos tenían el derecho a decidir si un enfermo debía ser mantenido con vida mediante sistemas artificiales. Finalmente y después de varios meses en que Christine retuvo comida ya sin ayuda de la sonda, falleció en 1994.⁷¹

Debemos recordar que la eutanasia pugna por el derecho a una buena muerte, misma que debe ser considerada cuando la vida del enfermo pierde dignidad, porque pretender preservar una vida en situaciones en las que la persona ha perdido la calidad de ser humano, solo provocaría que la calidad de vida del enfermo se convierta en indigna.

⁷¹ <http://hemeroteca.abc.es/nav/Navigate.exe/hemeroteca/madrid/abc/1993/01/28/075.html>

2.3.2. Sedación Controlada

Consiste en la administración de fármacos por parte del personal de salud correspondiente, para lograr el alivio, inalcanzable con otras medidas, de un sufrimiento físico y/o psicológico, en un paciente en etapa terminal, con su consentimiento explícito, implícito o delegado, sin provocar con ello la muerte de manera intencional.⁷²

De manera que la sedación controlada no implica el suministro de fármacos para provocar la muerte, sino que se debe entender como el tratamiento que el médico ha elegido como el más indicado para aliviar el sufrimiento del enfermo, procurando que el *proceso de enfermedad* sea llevado dignamente y en consecuencia la calidad de vida sea la mejor posible.

Asimismo, debemos recordar que esta forma de eutanasia debe ser elegida por el enfermo, por lo que el médico o el personal de salud deben hacer del conocimiento del paciente las opciones de tratamiento que existen para combatir la enfermedad, así como las expectativas de vida, para que el enfermo, con pleno conocimiento, exprese su voluntad y por consiguiente el médico respete esa decisión y emprenda las acciones o tratamientos que cumplan con la voluntad del enfermo, pero de forma gradual y pausada.

2.3.3. Sedación Terminal

Es la correcta práctica médica de inducir el sueño del paciente para que no sienta dolor, a través de una sedación acompañada con analgésicos.

⁷² Ley de Voluntad Anticipada, Op Cit., Fracción XVIII, Artículo 3.

Por lo antes mencionado y para evitar confusión, es conveniente aclarar que la sedación terminal, a diferencia de la controlada, provoca la muerte del enfermo por el suministro de fármacos en una sola dosis, mientras que en la sedación controlada esa muerte se da gradualmente al administrar pequeñas dosis al enfermo para que en un periodo determinado tenga una buena muerte. De esta forma, la sedación terminal tiene como finalidad inmediata otorgar una muerte digna, es decir, en un solo acto el médico suministra al enfermo la dosis necesaria de fármacos para terminar con su vida.

Consideramos un caso de este tipo de eutanasia el de Inmaculada Echevarría, nacida en 1955 en Navarra, quien desde los 11 años sufrió distrofia muscular progresiva que la condenó a vivir en una cama y conectada a un respirador en un hospital de Granada. A partir de los 30 años su movilidad era casi nula, sólo movía los dedos de la mano y los pies, había perdido la musculatura en cara y lengua.

Inmaculada solicitó a la asociación *Derecho a Morir Dignamente* (DMD) y al gobierno de Andalucía la ayudaran a morir, argumentado que estaba consciente de que la legislación no permitía la eutanasia, pero pedía le fuera respetada su voluntad de morir dignamente y sin dolor. El Gobierno argumentó que en términos del Código Penal, existe un supuesto legal con respecto a la eutanasia e indicó que todas las administraciones y ciudadanos están obligados a cumplirlo. De igual manera, la Junta de Andalucía expresó que no tenía constancia de una solicitud por parte de Inmaculada, por lo que su petición era competencia de los tribunales. A la edad de 51 años, Inmaculada Echevarría obtuvo autorización del Comité Ético de la Junta de Andalucía y del Consejo Consultivo Andaluz para que se cumpliera su petición de morir, que se encuadró jurídicamente en un caso de limitación de esfuerzo terapéutico y no de eutanasia, ya que la finalidad era evitar molestias innecesarias a la

paciente, por lo que la actuación de los profesionales sanitarios que desconectarían el aparato de ventilación mecánica no podía considerarse punible.

El Arzobispo de Toledo y Vicepresidente de la Conferencia Episcopal Española, Cardenal Antonio Cañizares, al conocer la autorización del Comité Ético de la Junta de Andalucía y del Consejo Consultivo Andaluz, manifestó que de retirarse el respirador a Inmaculada Echevarría se cometería un atentado contra la vida, pues se trataba de un caso de eutanasia.

No obstante, el 2 de marzo de 2007 Inmaculada fue trasladada al Hospital San Rafael de Granada, dependiente del Servicio Andaluz de Salud (SAS), donde el equipo asistencial que la atendía adoptó las medidas necesarias de sedación para evitarle dolor, retirando el respirador y provocando su muerte.⁷³

2.3.4 Del Enfermo Desahuciado

Se aplica a quien padece una enfermedad para la que no existe un tratamiento curativo y que es mortal, aunque no necesariamente a corto plazo.

Con relación a los enfermos desahuciados nos referimos a los pacientes que padecen dolores insoportables derivados de enfermedades como cáncer o sida, para las cuales en la actualidad aún no hay tratamientos curativos, existiendo únicamente tratamientos para sobrellevar los malestares que derivan de dichas enfermedades, aunque en ocasiones provocan indirectamente que la vida del enfermo deje de ser plena e incluso la convierten en indigna, al disminuir gradualmente sus

⁷³ http://www.bioeticaweb.com/index.php?option=com_content&task=view&id=4423&Itemid=49

funciones básicas y aumentar la dependencia a los aparatos mecánicos, generando que las condiciones de vida sean precarias y el paciente pierda el sentido de ser humano.

Podemos ejemplificar este tipo de enfermos con el caso de Claire Conroy, quien era incapaz de moverse de una posición semi-fetal. Padecía demencia; enfermedad del corazón; hipertensión; diabetes; su pierna izquierda estaba gangrenosa hasta la rodilla; no podía hablar, sólo tenía una capacidad limitada de tragar; tenía problemas con la vista; utilizaba un catéter urinario y era incapaz de controlar las evacuaciones intestinales. Únicamente podía gemir y rascarse, y de vez en cuando sonreía cuando alguien la peinaba.

Al final, Claire Conroy murió en noviembre de 1983, antes de que el Tribunal de Escocia pudiera decidir qué hacer. No era candidata a la *eutanasia voluntaria*. No había hecho un testamento vivo. Pero su caso atrajo polémicas muy preocupantes sobre las decisiones que hay que tomar sobre el final de la vida.⁷⁴

2.3.5. Del Enfermo en Estado Vegetativo

Generalmente este tipo de casos se presenta con motivo de un accidente o después de un procedimiento médico complicado o riesgoso, no habiendo previsto el enfermo la situación que afrontaría, por lo que la decisión de aplicar la eutanasia la expresan los familiares, en la inteligencia de que éstos conocen la voluntad del enfermo, por lo que su aplicación estaría apegada a lo que el paciente hubiese decidido.

⁷⁴ DOCKER GRANT, CHRIS. "Un Testamento Vivo: Cómo hacerlo funcionar", Revista de la Sociedad de la Eutanasia Voluntaria de Escocia o VESS, Escocia, 1993, pp.86-104.

Sin embargo, también existen casos en los que la persona con plena capacidad dispone mediante un documento lo que se debe hacer cuando encuadre en el supuesto de estado vegetativo, por lo que los familiares y el médico deben respetarlo, ya que en caso contrario violarían los derechos de la persona, porque la manifestación de voluntad la expresó con plena capacidad y conocimiento de las opciones de tratamiento, eligiendo una muerte digna y no un tratamiento médico. Al respecto, Graciela Medina define estado vegetativo de la siguiente manera:

Es el estado de salud que impide cualquier tipo de expresión de voluntad por parte del paciente, por hallarse en estado de inconciencia en el cual no existe una posibilidad real de recuperación, de acuerdo a los estándares médicos establecidos.⁷⁵

El caso que ejemplifica a los enfermos en estado vegetativo es el de Nancy Cruzan, quien el 11 de enero de 1983, en Missouri, tuvo un accidente al perder el control de su automóvil, quedando en estado vegetativo. Su alimentación era realizada a través de un tubo gástrico implantado quirúrgicamente, su respiración y circulación se mantenían sin ayuda. Derivado del cuadrapléjico espástico, su cerebro se había degenerado irreversiblemente, por lo que ya no era consciente de su entorno, y no tenía ninguna habilidad cognoscitiva, ni reflejo para comer o beber; además sus cuatro extremidades se habían contraído, provocando daño a sus músculos y tendones, limitando su sistema motriz. Los padres de Nancy solicitaron a la Corte Suprema de Missouri autorización para quitarle el tubo gástrico de alimentación. La Corte denegó la solicitud argumentando que uno de los intereses del Estado es el de *preservar la vida*, aunque consideró que este interés del Estado no desplazaba el *derecho del paciente competente* a pedir la interrupción de un tratamiento médico. Sin embargo, desde el momento en que Nancy Cruzan entró en estado de coma dejó de ser

⁷⁵ MEDINA, GRACIELA. Op. Cit., p. 291.

competente, por lo que la Corte sólo podría autorizar el *retiro del tratamiento vital* si había una prueba clara y convincente de que Nancy Cruzan habría solicitado dicho *retiro*.

En la apelación, la Corte ratificó su veredicto, consistente en que antes de autorizar a los médicos a *retirar el tratamiento vital*, el Estado de Missouri tenía el derecho a exigir una prueba *clara y convincente* de que Cruzan habría deseado que la dejaran morir. Poco tiempo después de la decisión de la Corte, una amiga de Nancy Cruzan recordó una conversación donde ella comentaba que en caso de que tuviera un estado en el que ya no pudiera *recobrar la conciencia*, no desearía ser mantenida con vida. En noviembre de 1990 la Corte de Missouri aceptó esta prueba como *clara y convincente* de los deseos de Cruzan y le *retiró del tratamiento vital*. Nancy Cruzan murió 12 días después de que le fuese retirada la sonda para alimentación.

Como consecuencia de este caso, la Corte le otorgó el carácter de *constitucional* al *derecho de una persona competente a rechazar el tratamiento vital*, y en caso de que la persona sea *incompetente*, el Estado puede ser requerido para tomar dicha decisión, argumentando que la Corte puede pronunciarse sobre el *derecho a morir*, reconociendo legalmente la manifestación del paciente ante el *retiro del tratamiento vital*, siempre y cuando su manifestación de voluntad haya sido consciente.⁷⁶

Como se desprende de lo anterior, existen casos relevantes o polémicos que provocan que un determinado orden jurídico se modifique debido a que la realidad que regula supera lo que la propia ley pudo prever, por lo que una vez que en Missouri se enfrentó el caso de Cruzan, se reconoció el derecho a la buena muerte, siempre y cuando la persona exprese su voluntad en ese sentido, o en

⁷⁶ <http://bioetica.udesarrollo.cl/html/documentos/documentos/casonancycruzan.pdf>

caso de que el enfermo no pueda hacerlo por estar inconciente o en estado vegetativo, se compruebe que optaría por la eutanasia y no por un tratamiento médico.

En estas condiciones, una vez más comprobamos que lo esencial para la aplicación de la eutanasia es la manifestación de voluntad, misma que puede generar el reconocimiento de derechos humanos que las leyes aún no prevén, como el derecho a una muerte digna.

2.3.6. Del Enfermo Terminal

El enfermo terminal es el paciente con enfermedad avanzada, progresiva, incurable e irreversible y mortal a corto plazo. Al respecto, la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal establece el siguiente concepto:

Enfermo en Etapa Terminal: es el que tiene un padecimiento mortal o que por caso fortuito o causas de fuerza mayor tiene una esperanza de vida menor a seis meses, y se encuentra imposibilitado para mantener su vida de manera natural, con base en las siguientes circunstancias:

- a) Presenta diagnóstico de enfermedad avanzada, irreversible, incurable, progresiva y/o degenerativa;
- b) Imposibilidad de respuesta a tratamiento específico; y/o
- c) Presencia de numerosos problemas y síntomas, secundarios o subsecuentes.⁷⁷

De acuerdo con lo anterior, el enfermo en etapa terminal es toda aquella persona que derivado del padecimiento de una enfermedad o accidente, tiene una expectativa de vida menor a seis meses, por lo que en ese periodo de tiempo puede expresar su voluntad sobre la aplicación de la eutanasia,

⁷⁷ Ley de Voluntad Anticipada Op Cit., fracción III, artículo VI.

para que en su momento le sea aplicada a fin de facilitarle una muerte en condiciones dignas. Al respecto, es importante resaltar que un enfermo en estas circunstancias no necesariamente está impedido para manifestar su voluntad, ya que puede contar con capacidad plena para expresarla aún y cuando se encuentre en etapa terminal.

Asimismo es oportuno indicar que algunos estudios psicológicos han demostrado que los enfermos en etapa terminal pueden presentar depresión durante la propia enfermedad, por lo que al encontrarse en ese estado eventualmente solicitarían la aplicación de la eutanasia, basándose en el temor, tristeza o soledad que enfrentan, y una vez terminada esa etapa de depresión su decisión podría cambiar. De ahí que sea importante resaltar que la voluntad del enfermo terminal debe surgir del conocimiento informado otorgado por el médico, para que aquél conozca las contraindicaciones y perjuicios del tratamiento médico o de la aplicación de la eutanasia, tomando así una decisión basada en ese conocimiento informado y no sólo optar por la aplicación de la eutanasia debido a un sentimiento de soledad o tristeza.

2.3.7. Perinatal

Se aplica a recién nacidos *deformes o deficientes*. Esta práctica inició en Esparta, donde los niños con malformaciones eran arrojados por el monte Taggeto.⁷⁸

Este tipo de eutanasia se equipara al infanticidio, ya que se priva de la vida a los menores de edad por el simple hecho de una malformación congénita, por lo que consideramos que el tema de la

⁷⁸ http://www.medspain.com/ant/n12_may00/Eutanasia.htm

aplicación de la eutanasia en menores es muy delicado, pues es una decisión arbitraria de los padres elegir si el hijo vive o muere.

El primer caso conocido de la aplicación perinatal, involucró al *Bebé Knauer*. El padre del niño pidió a Adolph Hitler que a su hijo se le permitiera la muerte porque era ciego, con retraso mental y sin un brazo y una pierna. Hitler derivó el caso a su médico personal, Karl Brandt, y en 1938 la demanda se concedió. Durante los siguientes meses, se establecieron los medios prácticos por los que podrían autorizarse tales *muertes de misericordia* a otros niños que no tenían ninguna perspectiva de vida.⁷⁹

Aunado a lo anterior, es prudente recalcar que en el supuesto de la eutanasia perinatal no encontramos la finalidad de una muerte digna, porque el recién nacido no padece sufrimientos insoportables, de tal manera que optar por la aplicación de la eutanasia basándose en las malformaciones no encuadra en la esencia de la eutanasia, que es aliviar el sufrimiento del enfermo a fin de otorgarle una buena muerte.

2.3.8. Agónica

Se aplica a enfermos terminales, “es la eutanasia que provoca la muerte de un enfermo desahuciado para que ya no sufra más.”⁸⁰

El interés prioritario de este tipo de eutanasia es evitar una prolongada agonía, derivada de la aplicación de tratamientos médicos que no mejoran ni alivian la enfermedad o padecimiento del

⁷⁹ TUN RAFAEL, JOSÉ ALBERTO. La aplicación de la eutanasia. Guatemala, febrero 2003. Consultado en <http://biblioteca.umg.edu.gt/digital/22024.pdf>

⁸⁰ RODRÍGUEZ MOLINERO, MARCELINO. Eutanasia. Editorial del Estudio General, Madrid, 1989, p.42

enfermo. Un ejemplo de ello lo encontramos entre los Bretones, que aniquilaban rutinariamente a los enfermos incurables. Por su parte, los indios ahogaban en el Ganges a los desahuciados.

Una vez más comprobamos que sin importar la forma de aplicar la eutanasia, ésta tiene como premisa aliviar los dolores del enfermo y optar por una muerte digna, cuando la calidad de vida que se enfrenta en el proceso de la enfermedad ha dejado de tener dignidad. De esta manera, la eutanasia agónica, a través del suministro de tratamientos, concede al paciente alivio a su sufrimiento y en consecuencia le facilita una buena muerte.

2.3.9. Psíquica

Se aplica a afectados por lesiones cerebrales irreversibles. Este tipo de eutanasia se presentó en la primera guerra mundial, por la escasez económica, justificándose la matanza de lisiados y enfermos mentales, soldados y civiles que fueron afectados en dicha guerra.⁸¹

Sin embargo, esta clase de eutanasia no tiene como fin primordial provocar una buena muerte, ya que el móvil para facilitar la muerte es el económico, esto es, que al representar la manutención de los enfermos un gasto muy oneroso para el Estado, se decide provocar la muerte de estos enfermos, justificándolo como el respeto a la dignidad de las personas, pero el trasfondo de la decisión es un factor económico disfrazándolo como un bien común, por lo que la aplicación de la eutanasia se realiza indiscriminadamente, violentando los derechos del enfermo, así como las condiciones dignas de su padecer.

⁸¹ RENTERIA DIAZ, ADRIAN. *Eutanasia y derecho: hacia una ética de la autonomía*, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Universidad Nacional Autónoma de México, 1999, p.327.

Cabe mencionar que este tipo de eutanasia en la actualidad no se aplica, pero consideramos conveniente mencionarlo, meramente como un dato histórico.

2.3.10. Eugenésica

Consiste en la muerte aplicada a los seres deformes con el fin de mejorar la raza. Este tipo de eutanasia ha sido utilizado desde las civilizaciones romana y griega.

En la antigüedad clásica, en Atenas y otras ciudades griegas, el Estado suministraba un veneno a quienes lo solicitaran explícitamente para poner fin a sus sufrimientos. Lo curioso es que la palabra *eutanasia* no se usaba para designar dichas acciones de ayuda a morir, sino que equivalía al *felici vel honesta morte mori* de los romanos (Morir con una muerte feliz y honesta). El contenido de lo que hoy entendemos por eutanasia estaba ya planteado en Grecia y Roma. Platón, en el libro III de "La República", al describir su Estado ideal, afirmaba que se debe dejar morir a los que no son sanos corporalmente. La concepción de la vida era diferente. Una mala vida no era digna de ser vivida y por tanto, ni el eugenismo ni la eutanasia complicaban a las personas. Sostuvo que: "Se dejará morir a quienes no sean sanos de cuerpo".⁸²

En Alemania, durante el gobierno de Hitler, se realizaron diversas prácticas de eutanasia. Se empezó con enfermos terminales, después se aplicaron la perinatal y la agónica, culminando en una criminal eutanasia eugenésica, como se narra a continuación:

⁸² <http://www.alemania-online.de/historia/tercerr/eutanasia.htm>

En 1920 se publicó un libro titulado "El Permiso para Destruir la Vida Indigna", escrito por Alfred Hoche, M.D., profesor de psiquiatría en la Universidad de Freiburg. Defendió en su libro a los pacientes que pedían ayuda de muerte, la que debía ser autorizada por un médico, bajo determinadas condiciones, que eran:

- a) Debía ser autorizada por tres expertos;
- b) El derecho del paciente para retirar su petición en cualquier momento; y
- c) La protección legal de los médicos que lo ayudarían a terminar con su vida.

Alfred Hoche explicó cómo la ayuda de muerte era congruente con la ética médica más alta y era esencialmente una solución compasiva a un problema doloroso, ya que se aplicaba a pacientes en coma, con daño cerebral, en algunas condiciones psiquiátricas y con retraso mental. Además de que los beneficios para la sociedad eran *grandes*, porque el dinero previamente consagrado al cuidado de la *vida del sin sentido* se encauzaría a aquellos que más lo necesitaran.

El Ministerio de Justicia describió la propuesta *como lo que haría posible para los médicos acabar con las torturas de pacientes incurables, en los intereses de verdadera humanidad*. Y también sostuvo que con dicha propuesta el *ahorro* del pueblo alemán ya no se tirarían con el inválido, el incurable y *aquellos en el umbral de la vejez*.

El programa original de eutanasia destinado a *purificar* la raza aria fue creación de ciertos médicos, no de Hitler. Hitler simplemente permitió el empleo de instrumentos que otros habían preparado.⁸³ La primera cámara de gas fue diseñada por profesores de psiquiatría de doce importantes

⁸³ WERTHAM, HAYES. Op Cit., p.9.

universidades de Alemania. Ellos seleccionaron a los pacientes y contemplaron cómo morían. Luego comenzaron a reducir los *requisitos* para los candidatos hasta que los hospitales psiquiátricos quedaron prácticamente vacíos. A estos psiquiatras se les unieron algunos pediatras, que en 1939 empezaron a vaciar instituciones para niños discapacitados. Para 1945, estos médicos se habían perfeccionado tanto que ya mataban a niños que mojaban la cama, a otros con orejas que no eran perfectas y a aquellos con dificultades de aprendizaje.⁸⁴

El hospital Eglfing-Haar, bajo la dirección de Hermann Pfannmuller, M.D., dejó sin alimentos a muchos de los niños inválidos a su cuidado, hasta que murieran por causas naturales. Otras instituciones siguieron el ejemplo, algunas privaron a sus pacientes pequeños de calor, en lugar de la comida. A los médicos que no estaban de acuerdo con lo que les pedían se les decía que ellos no los estaban matando, sino simplemente deteniendo el tratamiento y permitiendo que la naturaleza siguiera su curso. Con el tiempo, Pfannmuller preparó *Hungerhauser* (la inanición para el anciano). A finales de 1941, la eutanasia era simplemente rutina normal del hospital. La planeación del programa de eutanasia empezó en julio de 1939. En octubre de 1939 Hitler firmó una autorización secreta para proteger a los médicos, al personal médico y a los administradores que participaban en el programa, de posibles procedimientos penales en su contra. Esta autorización fue antedatada al 1 de septiembre de 1939, para sugerir que el programa de eutanasia estaba relacionado con medidas de guerra.⁸⁵

Al respecto, en el año de 1939, Hitler firmó esta carta:

⁸⁴ <http://www.alemania-online.de/historia/tercerr/eutanasia.htm>

⁸⁵ WERTHAM, HAYES. Op Cit., p.9.

Reichleader Bouhler y Dr. Brandt se comisionaron para extender la autoridad de los médicos para ser designados responsablemente para que pudieran conceder una muerte de misericordia a los pacientes que, según el juicio humano, están incurablemente enfermos según la evaluación más crítica del estado de sus enfermedades.⁸⁶

No se pidió que los médicos participaran, simplemente era una cuestión privada entre el médico y su paciente (o la familia, si el paciente era incapaz de hablar). La clave de esta operación secreta era T4⁸⁷ (*Tiergartenstrasse 4*), en donde se ubicaba la oficina que coordinaba el programa en Berlín. Seis instalaciones de gaseamiento fueron creadas como parte del programa de eutanasia: Bernburg, Brandenburg, Grafeneck, Hadamar, Hartheim y Sonnenstein.

Las víctimas del programa de eutanasia incluían originalmente niños y adultos con incapacidades o anomalías físicas o con enfermedades mentales. Los médicos de T4 seleccionaban pacientes para la muerte. Estos médicos raramente examinaban personalmente a los pacientes en este proceso y a menudo basaban sus decisiones sobre los documentos médicos y los diagnósticos del personal de las instituciones donde las víctimas se hallaban internadas. Los seleccionados eran transportados por el personal de T4 a los sanatorios que servían como instalaciones centrales de gaseamiento, les decían a las víctimas que iban a someterse a una evaluación física y tomar una ducha para desinfectarse. Por contra, eran asesinados en cámaras de gas usando monóxido de carbono puro. Los cuerpos eran inmediatamente quemados en crematorios adyacentes a los edificios de gaseamiento, las cenizas de las víctimas cremadas eran tomadas de una pila común y puestas en urnas sin preocuparse de la identificación correcta. Una urna era enviada a la familia de cada víctima, junto con un certificado de defunción enumerando una causa y fecha de muerte ficticias. La

⁸⁶ Ibid. p.13

⁸⁷ <http://www.alemania-online.de/historia/tercero/eutanasia.htm>

muerte imprevista de miles de personas hospitalizadas, cuyos certificados de defunción enumeraban causas y lugares de muerte extrañamente similares, dio lugar a sospechas, por lo que eventualmente el programa de eutanasia se convirtió en un secreto a voces.

Hitler ordenó detener el programa de eutanasia al final de agosto de 1941, dado el conocimiento público generalizado de la medida y las protestas privadas y públicas sobre las matanzas, especialmente de miembros del clero alemán. Sin embargo, esto no significó el fin de la operación de las matanzas de eutanasia. En agosto de 1942, las matanzas recomenzaron, aunque secretamente. Las víctimas ya no eran asesinadas en instalaciones de *gaseamiento centrales*, sino por inyección letal o sobredosis de drogas en varias clínicas dispersas por toda Alemania y Austria. También muchas de estas instituciones privaban sistemáticamente de comida a las víctimas adultas e infantiles. Hubo internistas que ayudaron a vaciar los hogares para ancianos. Algunos médicos salieron a la calle, sacaron de sus hogares a muchos viejos y discapacitados y los mataron. Para 1945 estos médicos habían eliminado, incluso, a muchos veteranos de la Primera Guerra Mundial. Pocas personas saben que los médicos que participaban en el "Programa Alemán de Eutanasia" lo hacían voluntariamente. Algunos abandonaron el programa sin sufrir represalias.

Hitler, inspirándose en esto, después de la matanza eugenésica de casi 300.000 alemanes arios considerados *defectuosos*, aprovechó sus cámaras de gases y procedió a la eliminación de las razas *defectuosas*. Así, destruyó una raza entera de gitanos, seis millones de judíos y quizá casi todos los polacos, rusos y europeos que fueron capturados.⁸⁸

⁸⁸ WERTHAM, HAYES. Op Cit., p.11.

El programa de eutanasia continuó hasta los últimos días de la Segunda Guerra Mundial, creciendo y llegando a incluir una amplia gama de víctimas, los llamados “asociales pacientes geriátricos, víctimas de bombardeos y extranjeros que hacían trabajos forzados”⁸⁹. Los nazis hablaban de eutanasia para referirse a la eliminación de los minusválidos y débiles. En los Juicios de Nuremberg (1946–1947) se juzgó como ilegal e inmoral toda forma de eutanasia activa sin aclaración y consentimiento o en contra de la voluntad de los afectados.

Brandt testimonia en Nuremberg después de la guerra:

El motivo era el deseo de ayudar a individuos que no podían ayudarse y podrían estar prolongando sus vidas así en tormento. ... Citar Hipócrates hoy es proclamar: que nunca debe darse veneno a los inválidos y las personas con gran dolor. Pero cualquier médico moderno que hace tan retórica esa declaración es un mentiroso o un hipócrita. ... Yo nunca pensé que estaba haciendo algo mal, sino que estaba abreviando la existencia torturada de tales criaturas infelices.⁹⁰

Durante la fase inicial de las operaciones, de 1939 hasta 1941, alrededor de 70.000 personas murieron en el programa de eutanasia. En el procedimiento del Tribunal Militar Internacional de Nuremberg⁹¹ (1946-1947), se calculó que el número total de víctimas fue de 55'000,000. El programa de eutanasia estableció el uso de las cámaras de gas y los crematorios para el asesinato sistemático. Los expertos que participaron en el programa de eutanasia fueron fundamentales en el

⁸⁹ <http://www.segunda-guerra-mundial.com/2gm-el-juicio-de-nuremberg.html>

⁹⁰ <http://www.segunda-guerra-mundial.com/2gm-el-juicio-de-nuremberg.html>

⁹¹ Idem.

establecimiento y la operación de los campos de exterminio usados después para llevar a cabo la *Solución Final*.⁹²

De tal manera que, una vez explicadas las clasificaciones de eutanasia, nos percatamos que sin importar su modalidad en la forma de aplicarla, comparten un elemento en común, que es la manifestación de voluntad, fundada en la autonomía personal y en el conocimiento informado que el paciente obtuvo por parte del médico tratante, esto es, que la aplicación de la eutanasia depende de la decisión del enfermo, por ende la elección de una muerte digna y la forma en que ésta le sea aplicada, siempre con la premisa de respetar su petición libre y reiterada, con la finalidad de evitar sufrimientos insoportables y una vida indigna.

⁹² <http://www.ushmm.org/wlc/article.php?lang=sp&ModuleId>

Capítulo 3. Derecho comparado de la Eutanasia y los aspectos generales de su relación con los Derechos Humanos

3.1 Cronología de casos y hechos de Eutanasia en el mundo

Antes de entrar al análisis del Derecho Comparado, desarrollaremos una breve cronología de la eutanasia, en la que se exponen diferentes hechos y casos que consideramos pudieron haber influido en la regulación de su aplicación.

1935

- Surgió en Inglaterra la asociación "EXIT" (Salida), la primera que defendió el derecho a morir. Su nombre actual es "Voluntary Euthanasia Society" (VES). Esta institución apoya el ejercicio de la eutanasia y el movimiento de derechos civiles (Liberty). Se formó para promover el concepto de la muerte sin dolor en pacientes con enfermedades incurables.⁹³

1938

- Es fundada en Estados Unidos de América la "Euthanasia Society of America" (ESA). Su meta: legalizar el suicidio para los enfermos terminales con la asistencia de un médico.⁹⁴

En 1970 esta sociedad cambió de nombre para convertirse en "Society for the Right to Die" (Sociedad por el Derecho a Morir), y en 1991, para presentarse con una imagen menos agresiva, adoptó la denominación de "Choice in Dying" (Elección de Morir). En 1967 en una reunión de esta sociedad, se lanzó por primera vez la idea de un documento escrito, un "testamento", en el

⁹³ http://www.grijalvo.com/Lerma/Derecho_muerte.htm

⁹⁴ <http://www.eutanasia.ws/historia.html>

que el paciente pudiera expresar la forma en la que deseaba ser tratado cuando no pudiera decidir por sí mismo. Dos años más tarde, en 1969, el abogado L. Kutner, fue el primero en proponer un modelo de documento al que denominó "Declaración Testamentaria en Vida" (living will) y *en* solicitar en la Organización de las Naciones Unidas la inclusión del derecho a morir en la Declaración Universal de Derechos Humanos.⁹⁵

1967

- Se crean los "testamentos vivos", con el intento de promover la eutanasia.
- La "Euthanasia Society of America" fundó el "Euthanasia Educational Fund" (EEF), para la educación pública sobre eutanasia, como una opción aceptable y para financiar las campañas de la opinión pública a favor de la eutanasia.⁹⁶

1970

- Los grupos por el derecho a morir son reconocidos.

1972

- Es fundado el "Euthanasia Educational Council", una organización paralela a la creada en 1967 por la "Euthanasia Society of America", para promover la educación del público norteamericano en todo lo relativo a la muerte. Se encargó de difundir las declaraciones testamentarias en vida. Pero el impacto real en la práctica sanitaria fue escaso porque, a pesar del entusiasmo manifestado hacia ellos por destacados bioeticistas y especialistas en sanidad, su legalidad era por entonces más que dudosa.⁹⁷

⁹⁵ <http://www.vidahumana.org/vidafam/eutanasia/testamentos.html>

⁹⁶ <http://www.microsofttranslator.com/BV.aspx?ref=IE8Activity&a=http%3A%2F%2Fwww.lib.rochester.edu%2Findex.cfm%3Fpage%3D3129>

⁹⁷ <http://www.muertedigna.org/textos/euta318.htm>

1978

- Es fundado "Concern for the Dying" (Preocupación por los Moribundos) o *CFD*. Este grupo asociado se fundó con el objetivo de "educar" a la sociedad acerca de ciertos documentos legales, que los pacientes pueden firmar, llamados "testamentos en vida".⁹⁸ Utilizando enfoques muy sofisticados, la CFD trata de influir en la opinión pública, en las profesiones y en los medios de comunicación social.⁹⁹

1979

- Se creó la "Sociedad Escocesa de la Eutanasia Voluntaria" (los pioneros en auto-liberación). En julio de 1979, "EXIT" (Salida), actualmente "Voluntary Euthanasia Society" o VES (Gran Bretaña), consideró como vía para explicar a la gente la "forma de acabar con la propia vida" la publicación de un libro. Después de hacer pública esta intención, el número de socios creció a una velocidad de 1,000 por mes desde la inicial lista de 2,000. El año siguiente, en 1980, surgieron protestas contra esta intención, por lo que se resolvió no realizar la publicación. En consecuencia, la sucursal escocesa de "EXIT" decidió independizarse para publicar el polémico libro. En 1980, la "Sociedad Escocesa de la Eutanasia Voluntaria" (Salida Escocesa) se convirtió en el primer grupo del mundo en promover el derecho a morir.

La "Sociedad Escocesa de la Eutanasia Voluntaria" publicó un folleto para sus socios, titulado "Cómo Morir con Dignidad". En la sede de la "Sociedad Escocesa de la Eutanasia Voluntaria" se aprobó "Drogas para Morir" un libro basado en investigaciones científicas. Las bases académicas fundamentales se publicaron más tarde en la obra "Más allá de la Salida Final".

⁹⁸ PAUL MARX, "Euthanasia Worldwide". *Linacre Quarterly*. Agosto, 1990, p. 28.

⁹⁹ *Idem*.

El folleto referido fue compilado y se distribuyó de forma no lucrativa y, a diferencia de "Más allá de la Salida Final", no se distribuía en las librerías, sino sólo mediante una solicitud formal a la Sociedad. Antes de que el folleto fuera publicado, una de las reglas establecidas fue que el adquirente debía ser socio de una de las sociedades del derecho a morir, con una antigüedad de por lo menos tres meses, con el fin de evitar el uso irresponsable del contenido.¹⁰⁰

1980

- Es fundada en Los Ángeles, California, por Dereck Humphry, la "Hemlock Society". Tiene por objetivo la legalización del suicidio ayudado por el médico para los enfermos de muerte. En 1983, incluía también a los enfermos graves que son incurables. Este último objetivo ha sido excluido de la literatura del grupo, aunque quizás no de sus objetivos. Dereck Humphry, co-fundador y presidente de dicha sociedad, actualmente es también presidente de la Federación Mundial de Sociedades por el Derecho a Morir. Era periodista en Inglaterra y tuvo que marcharse de ese país para que las autoridades no le acusaran de haber dado muerte a su primera esposa, que tenía cáncer terminal, por haberle administrado una droga letal que ella había pedido.

En los últimos diez años, la "Hemlock Society" ha promovido su causa a través de un habilidoso uso de los medios de comunicación. Fundó una empresa para editar libros sobre la eutanasia para el público y ha auspiciado conferencias en las cuales han participado líderes del movimiento pro-eutanasia de ambos hemisferios. Su hoja informativa comúnmente hace referencia al uso, los efectos y la disponibilidad de fármacos que pueden ser usados oralmente para la auto-

¹⁰⁰ ALBERY, MEZEY. "The Natural Death Handbook". *Re-Inventing Society*: Published by Virgin Books. 1993, pp. 15- 19.

liberación (el suicidio) e historias sobre miembros que han ayudado a una persona amada a morir.

La rama política de la "Hemlock Society" es "Norteamericanos contra el Sufrimiento Humano", que propuso una Ley para una "Muerte Misericordiosa y Digna", intentando que las legislaturas de los Estados la aprobaran. Como no muchos políticos están preparados para arriesgarse a auspiciar una ley legalizando la eutanasia administrada por un doctor, la "Hemlock Society" ha optado por trabajar a través del proceso de referéndum, el cual consiste en firmar una "proposición" por un cierto número de votantes que aparezcan en el padrón electoral de un determinado Estado, para que dicha "proposición" sea aprobada o rechazada el día de las elecciones. Esta asociación fracasó en conseguir suficientes firmas para colocar la propuesta en la votación de California en 1988, pero planea volver a intentarlo. También ha recabado firmas en Oregon y Washington, dos Estados cuyas pequeñas poblaciones tienen la más baja tasa de afiliación a alguna iglesia en todo el país. Humphry predice que si un Estado aprueba esta Ley, los demás también lo harán, lo cual es muy probable.¹⁰¹

1988

- La compañía de Estados Unidos de América enfocada a realizar encuestas, denominada "Roper Poll", informó que el 58% de los americanos están a favor de legalizar la asistencia de un médico para morir.¹⁰²

¹⁰¹ <http://www.muertedigna.org/textos/euta362.htm>

¹⁰² <http://www.euthanasia.cc/stats.htm>

1990

- WELS Lutherans for Life crea un documento denominado “Declaration on Life” (Declaración sobre la Vida) que prevé la participación de un testigo “Cristiano” en los casos de terminación de la vida. Es un documento mediante el cual se dan a conocer las instrucciones acerca del tratamiento o cuidado en caso de una enfermedad irreversible o extrema. Dicha *declaración* debe ser respetada por los familiares y médicos, como la última expresión del *derecho legal* para tomar decisiones acerca de los tratamientos médicos o quirúrgicos, aceptando las consecuencias de tales decisiones.¹⁰³
- Muestra el “Roper Poll” que 63% de los americanos están a favor de legalizar el morir con la asistencia de un médico.¹⁰⁴

1991

- Dereck Humphry, fundador de la “Sociedad Hemlock” (1980), la primera asociación norteamericana en pro de la eutanasia y cuyo lema es “vida digna, muerte digna”, escribe “Final Exit” (La Salida Final), libro que fue considerado por “The New York Times” como best seller por 18 semanas.¹⁰⁵

1992

- En el Estado de California, los votantes rechazan “Proposition 161”, que consistía en legalizar la inducción a la muerte asistida por un médico.¹⁰⁶

¹⁰³ <http://www.microsofttranslator.com/BV.aspx?ref=IE8Activity&a=http%3A%2F%2Fwww.lutheransforlife.net%2FLinks.htm>

¹⁰⁴ <http://www.euthanasia.cc/stats.htm>

¹⁰⁵ http://www.vidahumana.org/news/eutanasia_april00.html

¹⁰⁶ http://www.microsofttranslator.com/BV.aspx?ref=IE8Activity&a=http%3A%2F%2Farticles.latimes.com%2F1992-10-18%2Fnews%2Fmn-1128_1_suicide-measure

- Jack Kevorkian ayuda a terminar la vida de 5 personas.¹⁰⁷

1993

- Muestra la encuesta “Harris Poll” que el 73% de los americanos están a favor de legalizar la inducción a la muerte asistida por un médico.¹⁰⁸
- Los Países Bajos son de las primeras naciones en autorizar y legislar la práctica de la eutanasia.
- Jack Kevorkian ayuda a terminar la vida de 12 personas.¹⁰⁹

1994

- Durante los años previos a 1994, el debate en los Estados Unidos de América acerca de la participación del médico en el suicidio asistido aumentó gradualmente. La mayor controversia radicaba en si un médico debería ayudar en la planificación de la muerte de una persona enferma, ya que el enfermo terminal tiene derecho a poner fin a su sufrimiento y morir con dignidad. El suicidio asistido había sido “prohibido” por las sentencias judiciales en casi todos los Estados, por lo que los intentos de legalizarlo se hicieron a través de referéndum. Fue así como el 8 de noviembre se sometió a votación la “Ley de Muerte Digna” (Death Dignity Act), la cual fue refrendada en Oregon el 7 de diciembre.¹¹⁰

¹⁰⁷ VAZQUEZ, RODOLFO. Op Cit.

¹⁰⁸ <http://www.ucm.es/info/vivataca/antiores/n68/docencia.htm>

¹⁰⁹ VAZQUEZ, RODOLFO. Op Cit.

¹¹⁰ <http://www.jornada.unam.mx/2005/08/03/022a1pol.php>

1995

- “WELS Lutherans for Life” desarrolla los documentos denominados “Durable Power of Attorney for Health Care”, consistentes en un Poder otorgado ante notario mediante el cual se confiere a un “agente” (representante) la facultad y autoridad completa para tomar decisiones sobre la atención de la salud del otorgante, bajo los lineamientos expresados en las Directrices para el Tratamiento de Problemas de Salud. El “agente” (representante) estaba expresamente autorizado para:
 1. Consentir, rehusarse o retirar el consentimiento para cualquier cuidado, tratamiento, servicio o procedimiento (como por ejemplo, el suministro artificial de nutrientes y/o alimentación/hidratación por tubo) utilizado para mantener, diagnosticar o tratar una condición física o mental;
 2. Tomar todas las decisiones en lo que hace a donación de órganos, autopsia y destino de los restos;
 3. Efectuar todos los trámites necesarios relacionados con hospitales, hospitales psiquiátricos o instituciones para el tratamiento psiquiátrico, hospicios, asilos o instituciones similares; emplear o discontinuar servicios de atención de la salud por parte de personal calificado (cualquier persona licenciada, certificada o de otra manera autorizada o permitida por las leyes estatales a administrar atención de la salud) y tomar todas las decisiones necesarias para asegurar el bienestar físico, mental y emocional;
 4. Solicitar, recibir y revisar cualquier información, oral o escrita, relacionada con los asuntos personales o la salud física o mental, incluyendo registros médicos y de hospital, y dar permiso para divulgar otros documentos que puedan ser necesarios para obtener dicha información;
 5. Internar o sacar de cualquier institución estatal o privada al otorgante, con el propósito de cumplir con las Directrices para el Tratamiento de Problemas de Salud; y

6. Tomar toda acción legal razonable necesaria para cumplir con las Directrices para el Tratamiento de Problemas de Salud.¹¹¹

En caso de que el “agente” no estuviera disponible o no estuviera dispuesto a tomar las decisiones necesarias para la atención de la salud, se señalaba un sustituto. Estos poderes debían ser otorgados ante notario y firmados por dos testigos, surtiendo efectos jurídicos en cualquier Estado.

1997

- En marzo, en Australia se abrogó la Ley “Northern Territory Rights of the Terminally Ill” (Ley de los Derechos de los Enfermos Terminales del Territorio Norte).¹¹²
- En mayo la Corte Constitucional del Distrito de Columbia de los Estados Unidos de América, aprueba el “Active Voluntary Euthanasia” la cual se basa en *la libre determinación de los individuos* y la calidad de sus valores y creencias. Además señala que en virtud de que la tecnología médica moderna ha logrado prolongar y extender la vida de las personas, los individuos tienen derecho a actuar de acuerdo a sus valores, porque son plenamente capaces y competentes para tomar decisiones y determinar el momento y las circunstancias de su muerte, todo ello encaminado a mantener la dignidad humana.¹¹³

Como se desprende de lo antes relacionado, desde la primera mitad del siglo pasado se han presentado hechos y casos en diversas partes del mundo, que constituyen un antecedente sobre la aceptación de la aplicación de la eutanasia, que en ocasiones provocan que en algunos

¹¹¹ https://www.wyomingbar.org/pdf/forms/Durable_Power_of_Attorney

¹¹² <http://www.juridicas.unam.mx/inst/evacad/eventos/2004/0902/mesa12/323s.pdf>

¹¹³ *Idem*.

países se genere el cuestionamiento sobre dicha práctica e incluso se ajusten los ordenamientos con la pretensión de que se respete la voluntad del enfermo, permitiendo que la elección de una muerte digna sea un derecho de todo individuo y por ende la aplicación de la eutanasia no sea considerada como un hecho ilícito, sino como el respeto a la libertad, autonomía y dignidad de la persona.

Al respecto, en el siguiente sub-capítulo 3.2 nos referimos a diversos ordenamientos que regulan la aplicación de la eutanasia.

3. 2. Legislaciones Internacionales vigentes del *Derecho a la Muerte*

Los cambios jurídicos esenciales en materia de eutanasia se han generado por la actividad interpretativa de los tribunales, basándose en los principios de autonomía vital; de dignidad; de derecho a la protección de la salud; de derecho a la información; y el derecho a la libertad de creencia.

Estudiando el Derecho Comparado, se elaboró el siguiente cuadro relativo a la aplicación de la eutanasia:

CONTINENTE	PAÍS	TIPO DE EUTANASIA
AMÉRICA	a) Argentina b) Colombia c) Estados Unidos de América d) Uruguay	a) Pasiva b) Activa c) Activa y Pasiva d) Activa
ASIA	a) Israel b) Japón	a) Pasiva b) Activa

EUROPA	a) Bélgica b) España c) Francia d) Gran Bretaña e) Holanda f) Suiza g) Unión Europea	a) Activa b) Pasiva c) Pasiva d) Activa y Pasiva e) Activa f) Activa g) Pasiva
OCEANÍA	a) Australia	a) Activa

3.2.1. América

a) Argentina

Eutanasia Pasiva

En Argentina el Código Penal no contiene ninguna norma relativa a la eutanasia, aunque la asistencia en el suicidio por motivo de piedad o misericordia atenúa la responsabilidad de quien la ejecuta. Al respecto, el artículo 83 de dicho ordenamiento dispone lo siguiente: “Será reprimido con prisión de 1 a 4 años, el que instigare a otro al suicidio o le ayudare a cometerlo, si el suicidio se hubiese intentado o consumado.”¹¹⁴

Por su parte, el Código de Ética de la Asociación Médica Argentina, en su Capítulo 34, otorga al paciente terminal el derecho a rechazar el ensañamiento terapéutico, pero prohíbe el suicidio asistido. Este Código establece que el enfermo terminal tiene derecho a una muerte digna, con la asistencia terapéutica adecuada para evitar el sufrimiento físico y psíquico, y que en todo

¹¹⁴ Código Penal de Argentina, Artículo 83. Publicado el 16 de enero de 1985. Entró en vigor el 16 de Julio de 1985. Consultado en: http://www.justiniano.com/codigos_juridicos/codigo_penal.htm

momento debe ser respetada su autonomía (con excepción de los menores de edad, en cuyo caso se requiere la participación de los padres o del representante), conforme a lo siguiente:

CAPITULO 34: De la Eutanasia y el Suicidio Asistido.

Artículo 546. El paciente terminal tiene derecho a una muerte digna, con la asistencia terapéutica convencional o no convencional dentro de las normas aceptadas, para evitar el sufrimiento tanto psíquico como físico, utilizando para ello todo tipo de soporte que configure el respeto al derecho inherente a su dignidad de persona.

Artículo 547. Toda medida tendiente a aliviar los padecimientos físicos o psíquicos de un paciente deberá ser proporcionada al cuadro que éste presente y exclusivamente destinada a paliarlos de manera eficaz. Se optará siempre por el medio menos nocivo para la salud del asistido entre aquellos que produzcan similares resultados.

Artículo 548. En estas situaciones, el médico debe respetar estrictamente el Principio de Autonomía de sus pacientes, configurando excepciones especiales:

- a) Los menores de edad; y
- b) Los discapacitados mentales con diagnóstico psiquiátrico realizado por un especialista.

Artículo 549. En caso de que las medidas paliativas a adoptar supusieran una disminución de la resistencia física o mental del paciente, deberá contarse con su acuerdo libre y expreso-actual o previamente formalizado, o el consentimiento de sus representantes legales en su defecto, y con la opinión concordante de dos médicos distintos de aquel por quien o bajo cuya dirección se las practicare.

Artículo 550. Es contraria a la ética médica y se considera falta grave, la deficiente medicación paliativa de los síntomas físicos y psíquicos padecidos por pacientes afectados por grave enfermedad o accidente, cuando obrare consenso de los mismos o de sus representantes legales para su suministro proporcionado y eficaz.

Artículo 551. El paciente terminal tiene derecho a solicitar que se evite el ensañamiento terapéutico para prolongar la vida, lo que el médico tiene el deber ético de aceptar, respetando siempre los valores de la persona.

Artículo 552. En ningún caso el médico está autorizado a abreviar o suprimir la vida de un paciente mediante acciones u omisiones orientadas directamente a ese fin. La eutanasia por omisión configura una falta gravísima a la ética médica y a las normas legales. Debe permitirse la muerte del enfermo pero nunca provocársela.

Artículo 553. Es conforme a los dictados de la ética médica la abstención o el retiro de las medidas terapéuticas de cualquier índole destinadas a combatir patologías recurrentes o nuevas manifestaciones de un proceso patológico ya diagnosticado, respecto de una persona cuyo deceso se reputare inminente a raíz de grave enfermedad o accidente, cuando se las juzgare desproporcionadas, tomando en cuenta los padecimientos o mortificaciones que su implantación o mantenimiento causaría al asistido, en relación con su nula o escasa efectividad, y se contare con su acuerdo libre y expreso, actual o previamente formalizado, el consentimiento de sus representantes legales y con la opinión concordante de dos médicos distintos del tratante.

Artículo 554. Es conforme a los dictados de la ética médica el retiro de los medios artificiales de reanimación en el caso de pacientes en estado vegetativo permanente, juzgados tales por dictamen concordante de dos médicos distintos del tratante.

Artículo 555. La distansia o prolongación artificial e innecesaria de la agonía de pacientes en estado vegetativo permanente es contraria a la exigencia ética del buen morir. Sólo se justifica la distansia en caso de gravidez de la asistida en el interés superior del niño por nacer.

Artículo 556. Sin perjuicio de lo dispuesto precedentemente, las medidas de higiene y cuidados propios de la situación del paciente se mantendrán hasta en tanto se compruebe su muerte en los términos de ley.¹¹⁵

De tal manera que en Argentina únicamente está permitida la práctica de la eutanasia pasiva, ya que como se ha señalado, el Código Penal de dicho país reconoce como un derecho de los enfermos terminales la muerte digna, por lo que el Estado debe otorgarles asistencia terapéutica

¹¹⁵ Código de Ética de la Asociación Médica Argentina, Artículos 546- 556. Publicado por la Asociación Médica Argentina en 2001. Consultado en: http://www.ama-med.org.ar/codigo_detal_esp.asp

para alcanzar dicha muerte digna, evitando en todo momento sufrimiento físico o psíquico, así como encarnizamiento terapéutico, por lo que si el paciente solicita al médico le sea aplicada la eutanasia, éste debe actuar conforme a la autonomía del paciente, porque de lo contrario no solo violenta la voluntad y dignidad del enfermo, sino también contraviene su ética profesional al obstaculizar el ejercicio de un derecho, en este caso el derecho a una buena muerte.

Ahora bien, la forma de expresar la voluntad puede ser verbal o escrita, ya sea otorgada por el propio enfermo o bien por los representantes facultados para ello, indicando las medidas paliativas que deberán seguirse. Dicha manifestación deberá ser avalada por dos médicos diversos al que aplicará la asistencia terapéutica, en el entendido de que en ningún caso el médico puede, por acciones u omisiones, provocar la muerte del enfermo, ya que el Código Penal prohíbe la eutanasia por omisión, toda vez que únicamente se deben facilitar los medios para permitir la muerte pero nunca se actúa con la finalidad de provocarla.

b) Colombia

Eutanasia Activa

En Colombia el Código Penal de 1936 señalaba lo siguiente:

Artículo 364: Si se ha causado homicidio por piedad con el fin de acelerar una muerte inminente o de poner fin a graves padecimientos o lesiones personales, reputados incurables, podrá atenuarse excepcionalmente la pena, cambiar el presidio por prisión o arresto y aún aplicarse el perdón judicial.¹¹⁶

¹¹⁶ Código Penal de Colombia, artículo 364. Entró en vigor en 1936.

Así, en dicho ordenamiento el delito de homicidio podía alcanzar el perdón, aunque ese perdón no fuese otorgado por el ofendido, esto es, que si en el proceso judicial se comprobaba que el sujeto activo había actuado por piedad, el Estado podía otorgarle el perdón, ya que se consideraba que dicha conducta se había realizado con la intención de aliviar el sufrimiento del sujeto pasivo y en consecuencia facilitándole una buena muerte.

Por otra parte, derivado de las resoluciones de un Tribunal Constitucional en 1997, la Corte de Colombia consideró como un derecho del paciente la práctica de la eutanasia activa.¹¹⁷ Dicha sentencia fue dictada con estos considerandos:

La piedad es un estado afectivo de conmoción y alteración anímica profundas, similar al estado de dolor que consagra el Artículo 60 del Código Penal como causal genérica de atenuación punitiva; pero que a diferencia de éste, mueve a obrar a favor de otro y no en consideración a sí mismo.¹¹⁸

Asimismo, el argumento principal de la sentencia colombiana radicaba en la naturaleza laica del Estado, consistente en:

... desde una perspectiva pluralista no puede afirmarse el deber absoluto de vivir, pues como lo ha dicho Radbruch, bajo una Constitución que opta por este tipo de filosofía, las relaciones entre derecho y moral no se plantean a la altura de los deberes sino de los derechos. En otras palabras: quien vive como obligatoria una conducta, en función de sus creencias religiosas o morales, no puede pretender que ella se haga coercitivamente exigible a todos, sólo que a él se le permita vivir su vida moral plena y actuar en función de ella sin interferencias.¹¹⁹

¹¹⁷ Lozano Villegas, Germán. La eutanasia en Colombia: algunas reflexiones sobre la jurisprudencia constitucional. Instituto de Investigaciones Jurídicas, Universidad Nacional Autónoma de México, 2001, pp.77.

¹¹⁸ Sentencia C-239/97. Consultada en: www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=9772

¹¹⁹ Idem.

Es decir, en la creación y reformas de los ordenamientos se deben considerar las creencias, convicciones y los hechos que las personas enfrentan cotidianamente, para que dichos ordenamientos sean modificados a la par de la evolución de la sociedad y el actuar de los individuos esté previsto en leyes, procurándoles de esta manera seguridad jurídica.

Al respecto, la Corte consideró que el Estado no podía imponer a una persona obedecer un mandamiento judicial que fuera en contra de su voluntad, su dignidad y sus intereses, fijando en consecuencia los siguientes criterios aplicables a la práctica de la eutanasia activa:

- a) La verificación del estado del paciente;
- b) La etapa del juicio;
- c) La voluntad inequívoca del paciente de morir;
- d) Determinar a las personas que intervendrán en el proceso;
- e) Las circunstancias en las que puede manifestarse el consentimiento de la persona que desea morir; y
- f) Prever las medidas aplicables para la ejecución de la eutanasia.

Derivado de lo anterior, la Corte Constitucional exhortó al Congreso para regular la muerte digna. Sin embargo, el Congreso rechazó la petición de reforma de la Corte Constitucional. No obstante, el Código Penal vigente en Colombia aún considera como atenuante el móvil de piedad en los delitos de homicidio o suicidio asistido. A mayor abundamiento, a continuación se transcriben los artículos 106 y 107 de dicho ordenamiento:

ART. 106 -. Homicidio por piedad. El que matare a otro por piedad, para poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, incurrirá en prisión de uno (1) a tres (3) años.

ART. 107 -. Inducción o ayuda al suicidio. El que eficazmente induzca a otro al suicidio, o le preste una ayuda efectiva para su realización, incurrirá en prisión de dos (2) a seis (6) años.¹²⁰

No obstante que la legislación colombiana aún no ha regulado la eutanasia activa, los magistrados han dictado sus sentencias con la intención de demostrar las ventajas de la autonomía, así como el respeto a la libertad y a la dignidad. De ahí que, pese a que existen sentencias que reconocen indirectamente la aplicación de la eutanasia, los ordenamientos no han establecido como un derecho la elección de una buena muerte, provocando que los juzgadores, quienes son los intérpretes de dichas leyes, se enfrenten a lagunas jurídicas, lo que genera que el ejercicio de un derecho dependa de la interpretación del juzgador, cuando debería derivar de la propia ley.

c) Estados Unidos de América

En algunos Estados de los Estados Unidos de América, se prevé tanto la regulación de la eutanasia activa como pasiva, o bien únicamente la aplicación de una de ellas, por lo que para una mejor comprensión, en las páginas subsecuentes desarrollaremos los aspectos más relevantes de los respectivos ordenamientos o criterios judiciales.

Al respecto, debemos tener presente que la Suprema Corte de Justicia de los Estados Unidos de América se ha pronunciado en contra de legislar sobre la eutanasia activa. Sin embargo, en los Estados de Washington, Nueva York, California y Oregon se regula por ley, o mediante criterios judiciales, la aplicación de la eutanasia, ya sea en su modalidad activa o pasiva, conforme a lo siguiente:

¹²⁰ Código Penal de Colombia, artículos 106 y 107. Entró en vigor el 1° de enero de 2001. Consultado en: <http://www.derechos.org/nizkor/colombia/doc/penal.html>

Eutanasia Activa

- **Washington**

El 7 de marzo de 1996 la Novena Corte del Circuito de Apelaciones, declaró inconstitucional una Ley del Estado de Washington que consideró culpable a un médico que asistió en la muerte de pacientes terminales. La Novena Corte del Circuito de Apelaciones determinó (con mayoría de 8 a 3), que la Ley del Estado de Washington infringía el derecho a la libertad y a la protección, garantizados por la Enmienda 14 de la Constitución de los Estados Unidos de América:

No state shall make or enforce any law which shall abridge the privileges or immunities of citizens. (Ningún estado hará o impondrá leyes que supriman los privilegios o inmunidades de los ciudadanos).¹²¹

Este Tribunal de apelaciones argumentó que:

... cuando los pacientes ya no pueden perseguir la libertad o la felicidad y no desean seguir con vida, el rigor del Estado para mantenerlos vivos es menos obligatorio.... Un competente mental, el adulto enfermo terminal, habiendo vivido toda su vida, tiene un fuerte interés en la libertad de elegir una muerte humana y digna, en vez de ser reducido al estado de un niño (estado de impotencia).¹²²

La decisión de la Novena Corte del Circuito de Apelaciones fue condenada por la Asociación Médica de Estadounidenses y la Iglesia Católica Romana, pero los activistas del SIDA la recibieron con entusiasmo.

¹²¹ Constitución de los Estados Unidos de América, enmienda 14. Creada el 17 de septiembre de 1787. Ratificada el 9 de julio de 1868. Consultada en http://hrcr.law.columbia.edu/safrica/equality/us_law.html

¹²² Consultado en: www.courts.wa.gov/content/Briefs/A08/789312%20prv.pdf#xml=http://206.194.185.202/texis/search/pdfhi.txt?query=terminally+ill&pr=www&prox=page&rorder=500&rprox=500&rdfreq=500&rwfreq=500&rlead=500&rdepth=0&sufs=0&order=r&cq=&id=4c04dcb411.

Traducción elaborada por la tesista.

Como se desprende de lo anterior, una vez más la interpretación del juzgador va más allá de lo que la propia ley expresa, porque al enfrentarse a situaciones que el ordenamiento no prevé, debe buscar los elementos jurídicos que le permitan otorgar certeza jurídica al individuo, procurando así que sus derechos no sean violentados. Ahora bien, en el supuesto de la eutanasia, se hace ejercicio del derecho a la libertad y dignidad, mediante los cuales las personas eligen una buena muerte, de tal manera que el Estado debe respetar esa decisión e incluso tutelar el ejercicio de la misma, pues de lo contrario violentaría derechos que el mismo Estado ha reconocido.

- **Nueva York**

El 3 de abril de 1996, la Segunda Corte del Circuito de Apelaciones declaró inconstitucional una Ley de Nueva York que castigaba al médico que ayudara al suicidio de pacientes terminales. Al respecto, un jurado integrado por 3 jueces determinó que la Ley infringía la protección garantizada en el artículo 14 de la Constitución de Estados Unidos. Esta Ley únicamente afecta 3 Estados: Connecticut, Nueva York y Vermont. El 18 de abril de 1996 la Fiscalía General del Estado de Nueva York pidió que dicha Ley se suspendiera por un tiempo, mientras que el Estado apelaba la decisión de la Segunda Corte.

Por su parte, los Estados occidentales de Alaska, Arizona, California, Guam, Hawaii, Idaho, Montana, Nevada, Islas Marianas, Oregon y Washington tienen un criterio contrario al pactado en el artículo 14 de la Constitución de los Estados Unidos de América. Pero los 30 estados consideran en sus respectivas legislaciones como ilícito el suicidio asistido.¹²³

¹²³ Consultado en: http://www.cervantesvirtual.com/servlet/SirveObras/12504985356703728543657/isonomia09/isonomia09_08.pdf

- **California**

En 2007 se presentó en el Estado de California una iniciativa para permitir la eutanasia activa. Esta iniciativa fue atacada por las organizaciones religiosas, las organizaciones médicas y las instituciones hospitalarias, las que consideraban a los enfermos terminales y a los crónicos como una fuente importante de ingresos. Por otra parte, las compañías de seguros sostenían que los gastos médicos en este tipo de pacientes eran inadecuados, irrecuperables e inútiles. Pero el principal debate sobre la práctica de la eutanasia era el aspecto económico, ya que se discriminaba a los pacientes terminales o crónicos que no tenían seguro en la aplicación de su tratamiento.

El proyecto de Ley de 2007 imponía la obligación de informar al paciente de las opciones terapéuticas de su tratamiento (aún y cuando su idioma no sea el inglés), así como hacer de su conocimiento los efectos que le pudieran ocasionar las *opciones* terapéuticas que eligiese.¹²⁴

De esta manera, evitando que la elección de la eutanasia dependa de un aspecto económico y procurando que todos los individuos ejerzan su derecho a una muerte digna, el médico deberá explicar al enfermo las opciones de tratamientos, para que el paciente exprese su voluntad con pleno conocimiento, o bien, la aplicación de la eutanasia se realice en los términos autorizados por aquél.

- **Oregon**

En este Estado el primer antecedente de la eutanasia lo encontramos en el criterio de la Corte a favor del "National Right to Life Committee" (Comité Nacional por el Derecho a la Vida), del que

¹²⁴ VALADÉS, DIEGO. Op cit., p. 96.

derivó que el cual el Estado de Oregon aprobase el 17 de noviembre de 1994 la práctica de la eutanasia activa. Estas disposiciones sólo son aplicables a los residentes con licencia para conducir; o que cuenten con registro electoral; o sean propietarios de algún inmueble; o bien paguen impuestos al Estado de Oregon.¹²⁵

De este modo, los pacientes terminales o crónicos que soliciten la eutanasia activa deben: “ser capaces de comunicarse de manera directa o a través de quien pueda interpretar sus expresiones” (Artículo 1); y que su pronóstico de vida no sea mayor a 6 meses. Tienen derecho a solicitar a través de una prescripción médica los fármacos necesarios para la inducción a la muerte. Entre la solicitud y su respectiva reiteración, debe haber un intervalo de por lo menos 15 días (Artículo 3.06).¹²⁶

La deficiencia de esta legislación radica en que en las declaraciones anticipadas de voluntad (living will), no se contemplan las circunstancias en las que las personas deseen suspender el tratamiento, o que cuando estén en estado vegetativo se les administren fármacos que provoquen su muerte. Así, aún y cuando el enfermo tenga un periodo de vida no mayor a seis meses, la buena muerte no le será otorgada porque se carece de una manifestación de voluntad, lo cual consideramos en cierto sentido correcto, ya que uno de los elementos esenciales para la aplicación de la eutanasia es justamente la expresión de voluntad, porque el otorgamiento de una muerte digna es un derecho de los individuos y no una potestad del Estado. Sin embargo, al no establecer dicha regulación que cuando los enfermos ya no puedan expresar su voluntad,

¹²⁵ http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/science/newsid_4622000/4622998.stm

¹²⁶ Oregon Death with Dignity Act, artículos 1 y 3.06. Promulgado el 27 de octubre de 1997. Consultado en: <http://www.deathwithdignity.org/media/uploads/OregonDeathwithDignityAct.pdf>

determinadas personas estarán facultadas para solicitar la aplicación de la eutanasia, se está discriminando y provocando un encarnizamiento terapéutico por falta de previsión en la ley.

La Ley de Oregon fue cuestionada en 2006 por la Suprema Corte de Justicia de los Estados Unidos de América (por mayoría de 6-3), argumentando que violaba disposiciones federales, como la Ley de Sustancias Controladas. No obstante, dicha legislación sigue teniendo aplicación.

A mayor abundamiento, desarrollaremos el caso del doctor Jack Kevorkian.

- **Jack Kevorkian**

El caso más conocido de la práctica de eutanasia por un médico es la del doctor Jack Kevorkian, quien nació en Pontiac (Michigan), el 26 de mayo de 1928, hijo de inmigrantes armenios. Se tituló en la Facultad de Medicina de la Universidad de Michigan.

A mediados de los años 50, como residente de patología en un hospital de Detroit, empezó a realizar experimentos que le otorgaron el apodo de "Doctor Muerte". Generalmente buscaba pacientes moribundos, los mantenía con los párpados abiertos mediante cinta adhesiva y les fotografiaba las córneas para observar si los vasos sanguíneos cambiaban de aspecto en el momento de la muerte.

En 1960 practicó transfusiones de sangre de cadáveres a personas vivas. También propuso la realización de experimentos en reos condenados a muerte que accedieran a ello, manifestando: "Sería un privilegio único hacer pruebas con un ser humano que va a morir." Intentó ampliar la

experimentación a toda clase de personas que estuvieren frente a una muerte inminente e inevitable, ya que consideraba que: "ningún objetivo sería demasiado inconcebible, simple y absurdo; ningún experimento demasiado descabellado."¹²⁷

En 1966 abandonó el Hospital General de Pontiac por desacuerdos con el jefe de patología, y en su siguiente puesto duró menos de un año. La clínica de diagnóstico que abrió no tuvo mucho éxito, porque los médicos se negaban a remitirle pacientes. Antes de jubilarse, en 1982, tuvo empleos esporádicos en varios centros de salud. La jubilación le deja más tiempo para dedicarse a la *sub-especialidad médica* que había creado: la ARBITRARIA, es decir la manipulación de la muerte.

En 1986, en una publicación alemana, Kevorkian diseñó un complicado plan para experimentar en seres humanos desahuciados, siempre y cuando se obtuviera su consentimiento formal. Consideraba que hasta los recién nacidos o los niños y los débiles mentales podrían ser sometidos a tales pruebas, si se conseguía la autorización de un apoderado o representante legal. De permanecer vivos los sujetos después que concluyeran los estudios, la remoción de algún órgano o la administración de un fármaco letal les provocarían la muerte.¹²⁸

Los métodos aplicados por este personaje eran por demás particulares, ya que llegó a utilizar en la mayoría de los casos la inhalación de monóxido de carbono como herramienta letal para llevar a cabo su misión profesional. Jack Kevorkian afirmó en juicio haber asistido la muerte de 120 personas desde 1990. Fue enjuiciado cuatro veces, con tres absoluciones y un proceso anulado por vicios formales.

¹²⁷ http://www.vianocturna.net/articulos_doctormuerte.htm

¹²⁸ VALADÉS, DIEGO. Op cit., p. 98.

Sin embargo, el 27 de marzo de 1999, el “Doctor Muerte” fue encontrado culpable de homicidio en segundo grado por un jurado de Pontiac, Michigan, tras inyectar una sustancia letal a Thomas Youk, enfermo de esclerosis, al que el médico mató delante de una cámara de video. El veredicto fue parcialmente favorable para el doctor, ya que se exponía a un cargo de homicidio en primer grado y podía ser condenado a cadena perpetua, sin posibilidad de libertad condicional o de reducir la pena. La juez del caso, Jessica Cooper, tuvo que decidir el tiempo que el “Doctor Muerte” debía pasar en prisión. En Michigan, un homicidio en segundo grado merece una pena que va desde 10 años hasta cadena perpetua, pero la magistrada tenía potestad para reducir la sentencia y suspender los años que considerase. El médico no pareció demasiado afectado por el veredicto, porque durante el juicio dijo: “no me importa ir a la cárcel porque con 70 años tengo poco tiempo de vida”.¹²⁹

Durante la semana que duró el juicio, la juez limitó mucho la defensa de Kevorkian y le negó el derecho de presentar testigos. El doctor se *autorepresentó* en el juicio contra el consejo de sus abogados y demostró que conocía el oficio de letrado. La juez en varios momentos le recomendó que presentara alguna objeción a los argumentos de la fiscalía. El caso era un claro homicidio en primer grado y la fiscalía contaba con la prueba definitiva: un video que el doctor Kevorkian filmó en el que inyectaba a Thomas Youk una sustancia letal. A pesar del video, el jurado no le encontró culpable de homicidio en primer grado, sino de segundo grado, un cargo menor.¹³⁰

Derivado del caso del “Dr. Muerte”, la sociedad y el Estado se dieron cuenta de la importancia de regular la práctica del suicidio asistido, aunque la doctrina, la jurisprudencia y la legislación reiteraron que la despenalización del suicidio asistido o eutanasia activa, sólo debía considerarse

¹²⁹ <http://edant.clarin.com/diario/1998/11/26/e-06001d.htm>

¹³⁰ http://www.elpais.com/articulo/sociedad/Doctor/Muerte/sale/prision/elpepusoc/20070601elpepusoc_9/Tes

en los casos de enfermedad terminal o incurable, o bien cuando el dolor represente un sufrimiento moral o violento la dignidad del enfermo.

La finalidad de regular la eutanasia es evitar un auxilio desmedido, esto es, no auxiliar a ninguna persona que desee privarse de la vida a consecuencia de una depresión. No obstante, se ha tratado de considerar en algunos padecimientos neurológicos, como el Síndrome de Alzheimer, que puede afectar la dignidad de las personas, aún y cuando no produzca dolor.¹³¹

Por lo anterior, reiteramos que si bien la función principal del médico es preservar la vida de sus pacientes, no puede actuar en contra de la voluntad de éstos, debiendo evitar que en esa intención de proteger la vida se provoque un encarnizamiento terapéutico que solo produzca una agonía y calidad de vida indigna. Es por ello que el médico debe otorgar al paciente la información necesaria para que con base en el conocimiento informado, el enfermo decida la forma en que esa muerte digna le sea aplicada y en consecuencia se respeten su voluntad y autonomía.

Eutanasia Pasiva

Respecto a la aplicación de la eutanasia pasiva en los Estados Unidos de América, en 1992 la figura del *Testamento Vital* (living will) existía en todos los Estados y en el Distrito de Columbia. Un año antes había entrado en vigor la Ley de Autodeterminación del Paciente (Patient Self-Determination Act¹³²), la cual podía ser aplicada a nivel federal a todos los beneficiarios de los sistemas "Medicare y Medicaid". Con fundamento en esta Ley, los hospitales, agencias de

¹³¹ VAZQUEZ, RODOLFO. Op cit., p. 29.

¹³² Patient Self- Determination Act. Entró en vigor el 1° de diciembre de 1990. Consultado en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/Original5105200416587.pdf

cuidados de salud y las organizaciones de mantenimiento de la salud tienen la responsabilidad de desarrollar y hacer llegar a los pacientes la información necesaria para que tomen decisiones respecto del cuidado de su salud, incluyendo los derechos del paciente, pautas de mejoría, testamentos en vida, funciones educativas y consultivas de los comités de ética, tratamiento médico limitado (cuidados sólo para ayuda/alivio), tratamiento de salud mental, resucitación, restricciones, toma de decisión sustituta y transferencia de cuidados.

De conformidad con dicha Ley, las disposiciones de voluntad anticipada deben contener los tratamientos que serán aplicables al otorgante y los no aceptables, una vez calificado por un equipo médico como enfermo terminal y siempre que carezca de capacidad mental para participar en las decisiones terapéuticas que pudieran afectarle.

Actualmente en todos los Estados existen diversas formalidades en las voluntades anticipadas, así como variantes en sus consideraciones. En los Estados de California e Illinois las personas pueden disponer si desean ser alimentados o no. Por su parte, en Minnesota y Nevada existe la posibilidad de designar a un tercero para que tome las decisiones que estime más adecuadas.

De tal manera que en Estados Unidos de América es jurídica y moralmente más aceptada la práctica de la eutanasia pasiva, porque este tipo de eutanasia (como lo hemos desarrollado en el Capítulo 2 de este trabajo) consiste en la suspensión u omisión de tratamiento, esto es, que el médico explique al enfermo las ventajas y desventajas del tratamiento para que este último elija la opción más adecuada para su enfermedad y calidad de vida, pero nunca le suministrará fármacos para provocar su muerte.

Con relación a la aplicación de la eutanasia pasiva, el caso más relevante es el de Terri Schiavo, que narramos a continuación.

- **Terri Schiavo**

En febrero de 1990, a causa de la bulimia, sufrió un ataque cardíaco que le provocó daños cerebrales graves, quedando en estado vegetativo. Para mantenerla con vida, en el hospital Humana Northside se le practicó una traqueotomía y una endoscopia gástrica percutánea (PEG), para conectarla a un ventilador mecánico que la alimentaba e hidrataba. Dos meses y medio después, Schiavo salió del coma. Sin embargo, nunca recobró la conciencia, ni tampoco mostró ningún signo de sus funciones básicas.

El esposo de Terri, Michael Schiavo, manifestó que su esposa en alguna ocasión le había dicho que si se encontraba en una situación como esta, preferiría morir con dignidad a intentar sobrevivir. Sin embargo, los padres de Terri continuaban con la esperanza de su recuperación y aseguraban que “ella estaba contenta con el amor y los cuidados que recibía de sus seres queridos.”¹³³ En febrero de 2000, a petición del esposo de Terri, la Corte Local de Florida determinó que la sonda de alimentación podía ser retirada, pero en abril de 2001 se apeló la sentencia revirtiendo la resolución de la Corte de Florida.

En junio de 2003 el caso de Terri Schiavo llegó a la Corte de Apelaciones Distrital del Segundo Circuito de Florida, la cual determinó que la sonda de alimentación podía ser removida. El gobernador de Florida, Jeff Bush, pidió una interdicción ante una Corte Federal para mantener con vida a Schiavo, pero la Corte rechazó su petición, por lo que por segunda vez se le retiró la

¹³³ LA CRONICA. *El calvario de Terri Schiavo*. 23 de marzo 2005. Raúl Trejo Delarbre.

sonda. Como consecuencia de lo anterior, el Congreso de Florida promulgó una ley denominada "Ley de Terri", que facultaba al Gobernador a decidir sobre la aplicación de la eutanasia activa, aun y cuando existieran sentencias en contrario.

En septiembre de 2004 la Corte Suprema de Florida anuló la "Ley de Terri" por considerarla inconstitucional. En febrero de 2005 el juez George W. Greer (el que ordenó la primera remoción del tubo de alimentación), otorgó un *bloqueo temporal*, para evitar el cumplimiento de la orden judicial.¹³⁴

El 16 de marzo de 2005 la Cámara de Representantes de Estados Unidos de América aprobó una orden para que a través de un subcomité del Congreso, comparecieran Terri Schiavo y sus familiares y en consecuencia evitar la desconexión de Schiavo. Pese a ello, un juez de Florida determinó que el tubo de alimentación debía ser removido.

Los padres de Terri Schiavo presentaron una solicitud ante un tribunal federal de Florida para que revisara la sentencia de la Corte del Segundo Circuito de ese Estado, pero el juez James Whittemore determinó que se debía mantener a Terri Schiavo desconectada de las sondas que la alimentaban. Los padres impugnaron la resolución ante tres jueces de la Corte Federal de Apelaciones en Atlanta. La Corte Federal rechazó la apelación presentada por los padres de Schiavo. Pero el gobernador de Florida, Jeff Bush, solicitó a un tribunal que le permitiese asumir la custodia legal de Schiavo. Sin embargo, el tribunal de Florida rechazó la petición del gobernador.

¹³⁴ <http://www.aceb.org/terry.htm>

Nuevamente, el 30 de marzo la Corte Federal de Apelaciones de Atlanta rechazó otra petición de los padres para que reconectasen la sonda de alimentación. Finalmente y después de 13 días de haber retirado la sonda de alimentación por orden judicial, el 31 de marzo de 2005 Terry muere de inanición y deshidratación. El esposo de Schiavo solicitó a la Corte Suprema practicara una autopsia, para determinar post-mortem el alcance del daño cerebral que había sufrido. Los resultados de la autopsia, conocidos en junio de 2005, revelaron que los daños cerebrales sufridos por Terri Schiavo eran irreversibles.¹³⁵

Es por lo anterior que debemos recordar que la función principal del sistema de salud es destinar los recursos para sanar a los pacientes, pero también se debe evitar que la calidad de vida se convierta en degradante e indigna, sobre todo cuando el paciente o los familiares están convencidos de que la aplicación de la eutanasia pasiva es la mejor alternativa para el respeto de la dignidad del enfermo, por lo que al facilitar la eutanasia se está respetando la voluntad del paciente y se permite que se ejerza el derecho a una muerte digna.

d) Uruguay

Eutanasia Activa

Con relación a la República de Uruguay, se ha regulado la penalización del suicidio asistido. Sin embargo, aún no se ha regulado su aplicación, por lo que el Ministerio Público y los jueces son los encargados de evaluar el actuar del médico ante sus pacientes. Tanto el Ministerio Público como los jueces deben valorar los antecedentes médicos del enfermo, así como comprobar la existencia de las súplicas reiteradas del enfermo que acrediten el móvil de piedad.¹³⁶

¹³⁵ www.cnn.com/2005/LAW/03/31/schiavo/index.html

¹³⁶ <http://www.portalmédico.org.br/revista/bio1v7/eutleypenal.htm>

El artículo 315 del Código Penal de Uruguay, al referirse a la práctica del suicidio asistido, establece:

Artículo 315. (Determinación o ayuda al suicidio). El que determine a otro al suicidio o le ayude a cometerlo, si ocurriere la muerte, será castigado con seis meses a seis años de prisión de penitenciaria. Este máximo puede ser sobrepujado hasta el límite de doce años, cuando el delito se cometiere respecto de un menor de dieciocho años, o de un sujeto de inteligencia o de voluntad deprimidas por enfermedad mental o por el abuso del alcohol o el uso de estupefacientes.¹³⁷

De igual manera dicho Código Penal en su artículo 37, prevé el homicidio piadoso:

Artículo 37 (Del homicidio piadoso) Los jueces tienen la facultad de exonerar de castigo al sujeto de antecedentes honorables, autor de un homicidio, efectuado por móviles de piedad, mediante súplicas reiteradas de la víctima.¹³⁸

La disposición anterior ha permitido a los enfermos solicitar auxilio, creando algunos derechos para los pacientes. Sin embargo, aun se encuentran en incertidumbre las personas que ayudan al suicidio, ya que desconocen sus obligaciones y derechos. Es por ello que los legisladores deben prever todas las circunstancias que se involucran en los hechos que regulan para evitar que los actores incurran en un hecho ilícito por una omisión del legislador.

3.2.2. Asia

En Asia, únicamente en dos Estados se regula la aplicación de la eutanasia. En Israel se prevee la aplicación de la eutanasia pasiva y en Japón de la eutanasia activa, conforme a lo siguiente:

¹³⁷ Código Penal de Uruguay, artículo 315. Promulgado el 29 de junio 1934. Consultado en <http://www.parlamento.gub.uy/Codigos/CodigoPenal/1212.htm>

¹³⁸ Idem., artículo 37. Consultado en: <http://www.parlamento.gub.uy/Codigos/CodigoPenal/112.htm>

a) Israel

Eutanasia Pasiva

El caso más conocido en Israel fue el de Shefer contra el Estado de Israel, en el que la madre del menor de tres años que tenía el síndrome de Tay-Sachs (padecimiento neurológico en menores, que ocasiona la pérdida de la visión y del oído, y en la fase final provoca incapacidad para comer y respirar), solicitó a la Corte Suprema la suspensión del tratamiento, aunque el menor falleció antes de que la Corte dictara resolución.

Derivado de este caso, diversos jueces emitieron razonamientos basados en el Talmud, argumentando que la prevención del dolor y del sufrimiento se pueden considerar como medidas para preservar la santidad de la vida, exhortando a los tribunales a tomar en cuenta la tradición judía, esto es, no sólo la Torah y el Talmud, sino también la literatura secular. De tal manera que los tribunales gradualmente han determinado la posibilidad de interpretar favorablemente la suspensión de un tratamiento que provocará sufrimiento al paciente terminal.¹³⁹

A partir de enero de 2006, los pacientes en estado terminal o sus representantes pueden solicitar la suspensión del tratamiento mediante el "living will", que debe ser ratificado cada cinco años para prorrogar su vigencia.

Lo que consideramos importante resaltar en el caso de Israel, es que el elemento que se consideró para prever la aplicación de la eutanasia pasiva fue la creencia religiosa, a pesar de que, como lo hemos señalado a lo largo de este trabajo, la mayoría de las religiones se oponen a la práctica de la eutanasia, argumentando que contraviene los dogmas establecidos respecto a

¹³⁹ www.jewishvirtuallibrary.org/jsource/Judaism/euth.html.

la vida. Sin embargo, estas corrientes religiosas olvidan que también los individuos están investidos de dignidad y que sin ella la vida pierde su sentido humano.

b) Japón

Eutanasia Activa

En 1962 en Japón, un paciente en estado terminal pidió a su hijo lo auxiliara a suicidarse. Este auxilio se llevó a cabo agregando veneno en los alimentos del padre, sin conocimiento de la madre. La Suprema Corte sentenció al hijo a cuatro años de prisión. Sin embargo, determinó que bajo ciertos criterios (que se señalan a continuación), podría permitirse la aplicación de la eutanasia activa:

- a) Cuando la situación del paciente es incurable y su muerte inminente;
- b) Cuando el paciente sufra dolores insoportables que no puedan ser atenuados;
- c) Cuando la muerte del paciente sea considerada como una forma de darle “alivio moral”;
- d) Cuando el paciente haga una petición expresa de morir;
- e) Cuando la eutanasia sea realizada por un médico; y
- f) Cuando sean adoptadas las prevenciones éticas posibles.¹⁴⁰

Derivado de lo anterior, la Corte resolvió condenar al hijo del paciente terminal a cuatro años de prisión, al no cumplirse los dos últimos criterios (incisos e y f). No obstante, su condena fue atenuada a tres años.

El 28 de marzo de 1998 la Corte del Distrito en Yakohoma sentenció a cinco años de prisión a la Dra. Tokunag, quien ayudó al suicidio de un paciente con cáncer. La Corte entonces estableció cuatro condiciones bajo las que se permitiría la práctica de la eutanasia en Japón:

¹⁴⁰ CARDENAS, SUSANA ACOSTA. “La eutanasia, una palabra lúdica”. *Una decisión cultural desde la Bioética*. Número 56, Mayo, 2001, pp. 1-16.

- a) Cuando el paciente sufra dolor físico inaguantable;
- b) Cuando la muerte es inevitable e inminente;
- c) Cuando se han tomado todas las medidas posibles para eliminar el dolor ; y
- d) Cuando el paciente ha expresado claramente su consentimiento.

El juez Matsuura resolvió que la conducta de la Dra. Tokunag no reunía todas las condiciones, ya que el paciente no había manifestado expresiones claras sobre su dolor físico, ni había otorgado su consentimiento para la aplicación de la eutanasia, por lo que no consideró la acción de la doctora como eutanasia y por tanto concluyó que representó una terminación ilegal de la vida del paciente.¹⁴¹

Por otra parte, la “Asociación Japonesa de Medicina Aguda” expidió un documento en el que aprobó practicar la eutanasia activa. Con base en este documento, los médicos podrán practicar la eutanasia siempre y cuando el enfermo haya expresado por escrito su petición y cuente con el apoyo familiar. En caso de que se desconozca la voluntad del paciente o que la familia no pueda decidir, el equipo médico será el que decidirá sobre la aplicación de la eutanasia. Aunque la legislación japonesa vigente no se pronuncia específicamente sobre la eutanasia, algunos jueces apoyan la postura de la “Asociación Japonesa de Medicina Aguda”, cuando el paciente se encuentra en fase terminal y ya no pueda responder a ningún tratamiento.¹⁴²

Actualmente en Japón se evalúa aprobar la eutanasia en los pacientes con cáncer que lo soliciten voluntariamente, que además tengan una esperanza de vida inferior a tres semanas y que no puedan responder a ningún tratamiento alternativo para aliviar su sufrimiento.

¹⁴¹ <http://www.ipcdigital.com/es/Noticias/Sociedad/Aprueban-diretrizes-para-aplicar-la-eutanasia>

¹⁴² <http://diariomediko.com/?p=175>

De ahí que, aunque en Japón no exista una disposición que regule la aplicación de la eutanasia, se han establecido criterios que permiten su práctica. A pesar de ello, el agente que otorgue la buena muerte debe cumplir cada uno de los criterios para evitar ser juzgado por un hecho ilícito.

3.2.3. Europa

En Europa, en los Estados de Bélgica, Holanda y Suiza se practica la eutanasia activa; en los Estados de España y Francia, la eutanasia pasiva; y en Gran Bretaña, la eutanasia pasiva, pero también existen criterios sobre la eutanasia activa. Por su parte, la Unión Europea regula la eutanasia pasiva.

a) Bélgica

Eutanasia Activa

La eutanasia activa se legalizó en Bélgica en 2002. La Ley para la Eutanasia de Bélgica (The Belgian Act on Eutanasia) la define en su artículo 2, como “La terminación intencional de la vida.”¹⁴³ Para la práctica de la eutanasia activa se deben considerar las siguientes circunstancias:

- a) La petición del paciente o solicitante debe ser voluntaria y reiterada;
- b) No debe existir presión externa que induzca la decisión del paciente; y
- c) Que el paciente o solicitante, como consecuencia de una enfermedad incurable o de un accidente, se encuentre en una condición precaria y sometido a un sufrimiento constante e insoportable que no pueda ser aliviado por los tratamientos médicos existentes en el momento de la solicitud. (Artículo 3).

¹⁴³ Ley para la Eutanasia de Bélgica, artículo 2. Publicada el 22 de septiembre de 2002. Consultado en: <http://www.kuleuven.be/cbmer/viewpic.php?LAN=E&TABLE=DOCS&ID=23>. Traducción elaborada por la tesisista.

Por medio de esta Ley se creó la “Comisión Federal de Control y de Evaluación” (Artículos 5 y 6)¹⁴⁴, encargada de regular y supervisar la aplicación de la eutanasia activa. La Comisión está integrada por 16 miembros (8 doctores en medicina, de los cuales la mitad deben ser profesores universitarios; otros 4 deben ser profesores de derecho; y los 4 restantes, personas relacionadas con las organizaciones involucradas en los problemas de los enfermos terminales o crónicos). Los miembros de la Comisión son designados con base en sus conocimientos y experiencia en la práctica de la eutanasia.

En la legislación de Bélgica se prevé la autonomía entre el médico que practicará la eutanasia activa y el paciente, así como que dicha facultad de decisión corresponde únicamente a las personas mayores de edad o a los menores emancipados, aplicable siempre y cuando no carezcan de conciencia y su estado de salud no sea reversible conforme a los avances de la ciencia en el momento de la decisión (Artículo 4).¹⁴⁵ De igual manera, en esta legislación se considera la práctica de la eutanasia como una muerte por causa natural (Artículo 15).¹⁴⁶

Consideramos que la regulación de Bélgica es la más completa, ya que reconoce el derecho a una muerte digna; respeta la manifestación de voluntad de los enfermos; establece el deber ético de los médicos de otorgar al paciente la información necesaria para que éste elija la opción más adecuada a su condición; e instaura un órgano colegiado que supervise la aplicación de la eutanasia.

¹⁴⁴ Op cit. Artículos 5 y 6.

¹⁴⁵ Idem., Artículo 4.

¹⁴⁶ Ib idem., artículo 15.

b) España

Eutanasia Pasiva

En 2002 se aprobó la “Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica” (Ley 41/2002), por la que todo paciente o usuario de los servicios de salud, públicos y privados, tiene derecho a negarse a recibir un tratamiento, con excepción de los casos señalados por la Ley.

El artículo 2 de dicha Ley establece:

Artículo 2. Principios básicos.

- i. La dignidad de la persona humana, el respeto a la autonomía de su voluntad y a su intimidad orientarán toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica.
- ii. Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes o usuarios. El consentimiento, que debe obtenerse después de que el paciente reciba una información adecuada, se hará por escrito en los supuestos previstos en la ley.
- iii. El paciente o usuario tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.
- iv. Todo paciente o usuario tiene derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos determinados en la ley. Su negativa al tratamiento constará por escrito.
- v. Los pacientes o usuarios tienen el deber de facilitar los datos sobre su estado físico o sobre su salud de manera leal y verdadera, así como el de colaborar en su obtención, especialmente cuando sean necesarios por razones de interés público o con motivo de la asistencia sanitaria.
- vi. Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no sólo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de

documentación clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente.

- vii. La persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida.”¹⁴⁷

De igual manera, en esta Ley se establece el derecho de las personas mayores de edad, capaces y libres (sin coacción moral o física), para establecer las instrucciones previas en la aplicación de cualquier tratamiento y obliga al Sistema de Salud a respetar esas instrucciones.

Este documento puede además contener las instrucciones sobre el destino de los órganos y del cuerpo, así como la designación de las personas que podrían actuar como representantes, para que cuando se produzcan las circunstancias previstas y el otorgante no sea capaz de expresar de manera personal los cuidados y el tratamiento médico que pueda recibir, el representante actúe conforme a sus instrucciones.

Al respecto, el artículo 11 de la Ley de que se trata, establece:

Artículo 11. Instrucciones previas.

1. Por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud o, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo. El otorgante del documento puede designar, además, un representante para que, llegado el caso, sirva como

¹⁴⁷ Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica (Ley 41/2002), artículo 2. Publicada el 14 de noviembre de 2002. Consultada en: <http://www.institutferran.org/documentos/leyautonomiapaciente.pdf>

interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas.

2. Cada servicio de salud regulará el procedimiento adecuado para que, llegado el caso, se garantice el cumplimiento de las instrucciones previas de cada persona, que deberán constar siempre por escrito.

..... 5. Con el fin de asegurar la eficacia en todo el territorio nacional de las instrucciones previas manifestadas por los pacientes y formalizadas de acuerdo con lo dispuesto en la legislación de las respectivas comunidades autónomas, se creará en el Ministerio de Sanidad el Registro Nacional de Instrucciones Previas, que se regirá por las normas que reglamentariamente se determinen, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.¹⁴⁸

En estas condiciones, en España no solo se reconoce el derecho a una muerte digna, también se considera que el enfermo puede elegir a un representante, quien tomará la decisión en caso de que aquél no pueda expresar su voluntad, debiendo el sistema de salud respetar la decisión del representante como si fuera una manifestación propia del paciente.

Ahora bien, dentro de la regulación de España, consideramos conveniente mencionar los casos de Cataluña, Madrid y Andalucía, así como el de Ramón Sampederro.

- **Cataluña**

La “Ley de los Derechos de Información a la Salud y la Autonomía del Paciente” (Ley 21/2002) de Cataluña (año 2000), regula en el Artículo 8 las voluntades anticipadas. Este documento debe ser dirigido al médico y otorgarse ante notario, quien debe certificar que el otorgante es una

¹⁴⁸ Idem., artículo 11.

persona capaz, consciente y libre de coacción. La limitación a las instrucciones previstas en la voluntad anticipada es que no pueden contravenir las buenas prácticas médicas.¹⁴⁹

- **Madrid**

En Madrid, la “Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid” de 2001, no exige expresar la voluntad anticipada ante notario. Sin embargo, considera nulas aquellas manifestaciones de voluntad que contravengan la legislación vigente y la ética profesional de los médicos.¹⁵⁰

- **Andalucía**

Por medio de la Ley aprobada en Andalucía, se creó el “Registro de Voluntades Vitales Anticipadas”. Además, dicha Ley obliga a los funcionarios a comprobar la capacidad del autor para expresar la declaración anticipada. De igual manera prevé la posibilidad de otorgar un nuevo documento, que revocará al anterior.¹⁵¹

Así, en los casos de Cataluña, Madrid y Andalucía, el paciente en ejercicio del derecho a una muerte digna únicamente puede solicitar al médico que suspenda el tratamiento, pero no pedirle que provoque su muerte, lo cual no resuelve el problema, ya que en ocasiones la interrupción del tratamiento genera un encarnizamiento terapéutico y en consecuencia no se respeta la voluntad del enfermo al no otorgarle una buena muerte, por lo que dentro de esas buenas prácticas

¹⁴⁹ Ley de los Derechos de Información a la Salud y la Autonomía del Paciente (Ley 21/2000), artículo 8. Aprobada el 21 de diciembre de 2000. Entró en vigor el 12 de enero de 2001. Consultada en: <http://www.lexureditorial.com/boe/0102/02353.htm>

¹⁵⁰ Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid. Entró en vigor el 21 de diciembre de 2001. Consultada en: <http://www.madrid.org/wleg/servlet/Servidor?opcion=VerHtml&nmnorma=1432&cdestado=P>

¹⁵¹ Registro de Voluntades Vitales Anticipadas. Entró en vigor el 14 de noviembre de 2002. Consultado en: <http://www.juntadeandalucia.es/boja/boletines/2004/104/d/4.html>

médicas o ética profesional, se debería considerar también la práctica de la eutanasia activa, con la finalidad de facilitarle una muerte en condiciones dignas.

- **Ramón Sampedro**

En 1968, a la edad de 25 años, sufrió un accidente que le dejó tetrapléjico y postrado en una cama para el resto de su vida. La parálisis total que le afectaba impidió que se suicidara.

Durante treinta años vivió su tetraplejía soñando con la libertad a través de la muerte, por lo que solicitó al gobierno de España, a través de un procedimiento legal, la aplicación de la eutanasia. Argumentaba el derecho de cada persona a disponer de su vida, estando imposibilitado para cometer suicidio. Su petición fue denegada por el Tribunal de Derechos Humanos de Estrasburgo y los jueces advirtieron que cualquiera que le ayudara incurriría en un delito.

Ramón murió en su casa de Boiro el 12 de enero de 1998 por envenenamiento de cianuro potásico, ayudado por su amiga Ramona Maneiro. Ésta fue detenida días después pero no fue juzgada por falta de pruebas. Siete años después, una vez que la acción penal había prescrito, Ramona admitió en televisión haber facilitado a Ramón el acceso al cianuro potásico que le causó la muerte y haber grabado el video donde pronunció sus últimas palabras.¹⁵²

Ramón Sampedro escribió dos libros: “Cartas desde el Infierno” (1996) y el poemario “Cuando yo caiga”, publicado póstumamente en 1998. Años después, el cineasta Alejandro Amenábar y el

¹⁵² <http://edant.clarin.com/diario/2005/01/12/conexiones/t-902861.htm>

actor Javier Bardem crearon la película “Mar Adentro”, que narra el padecimiento de Sampedro.¹⁵³

Como se desprende de lo anterior, el caso de Ramón Sampedro además de ser un antecedente sobre la aplicación de la eutanasia, también provocó un cambio en los ordenamientos, ya que al no existir fundamento aplicable para su solicitud, la eutanasia le fue negada, generando que España modificara sus ordenamientos para evitar nuevamente lagunas jurídicas.

c) Francia

Eutanasia Pasiva

En 2005 se aprobó la “Ley 2005-307”, que crea la figura de las “Directrices Anticipadas”, por medio de las cuales toda persona mayor de edad puede decidir las acciones a seguir en caso de padecer una enfermedad terminal o quedar en estado de inconciencia. Estas Directrices Anticipadas deben tener una antigüedad de por lo menos 3 años previos al estado de inconciencia o enfermedad terminal del otorgante.¹⁵⁴

La Ley en su artículo 1º establece lo siguiente:

Artículo 1º.

..... Mantenimiento artificial de la vida. Estos actos (prevención, investigación y atención) no deben ser realizados de una manera irracional. Cuando resulten inútiles, desproporcionados o no tengan otro efecto que mantener la vida de manera artificial, podrán ser suspendidos o no ser iniciados.¹⁵⁵

¹⁵³ <http://legacy.cinenganos.com/vari0s/MarAdentro.php>

¹⁵⁴ http://translate.google.com.mx/translate?hl=es&langpair=en%7Ces&u=http://www.espace-ethique.org/fr/popup_result.php%3Fk_doc_lan_pk%3D225

¹⁵⁵ Ley 2005-307, artículo 1. Publicada el 22 de abril de 2005. consultada en: VALADÉS, DIEGO. Op cit., p. 101

En este caso, el médico salvaguardará la dignidad del paciente moribundo y asegurará la calidad de su vida mediante administración de paliativos. De igual manera, el médico está obligado a hacer del conocimiento del paciente o de la persona que éste haya designado como de su confianza, cuando el grado de avance de la enfermedad sea incurable, así como sobre las consecuencias por la suspensión del tratamiento (artículo 3). El médico debe llevar un expediente en el que registre los hechos que le permitan llevar a cabo lo solicitado por el enfermo o por el representante (artículo 4).¹⁵⁶

En cuanto a lo menores y a los mayores bajo tutela, se debe intentar hacer de su conocimiento la situación en que se encuentran y solicitar su decisión (artículo 7).¹⁵⁷ En caso de que esto no sea posible, el médico actuará conforme al criterio del tutor, previendo lo establecido en el artículo 1 de esta Ley 2005-307.

Un dato revelante que se desprende de lo anterior, es que aún y cuando el menor de edad o bien los mayores bajo tutela no tienen capacidad de ejercicio, el médico tiene la obligación de consultar primero a aquéllos, es decir, en la aplicación de la eutanasia se privilegia la voluntad del menor o del mayor incapaz, por lo que solo en caso de no poder obtener de éstos una decisión, el médico consultará con los tutores el procedimiento a seguir.

d) Gran Bretaña

En Gran Bretaña ha habido intentos por legislar la aplicación de la eutanasia activa y existen reglas precisas tratándose de la eutanasia pasiva, por lo que a continuación expondremos los aspectos relevantes en cada caso.

¹⁵⁶ Idem, artículos 3 y 4.

¹⁵⁷ Ib idem, artículo 7.

Eutanasia Activa

En 1936 el médico Lord Dawson, aceleró la muerte del rey Jorge V. En ese mismo año se presentó en la Cámara de los Lores la primera iniciativa para regular la eutanasia. Dicha iniciativa fue presentada nuevamente en 1969 ante la misma Cámara, y posteriormente ante la Cámara de los Comunes en 1990 y en 1997. Sin embargo, en todas las ocasiones la iniciativa fue rechazada por ambas Cámaras.¹⁵⁸

En mayo de 2006, una vez más se presentó ante la Cámara de los Lores un documento firmado por más de 100,000 personas, así como el proyecto firmado por el 60% de los miembros del Colegio de Enfermeras, que apoyaban el proyecto de iniciativa de la denominada “Ley de Asistencia para la Muerte de los Enfermos Terminales” (Assisted Dying for the Terminally Ill Bill).

159

La iniciativa de ley propone que las personas adultas con sufrimiento extremo, como consecuencia de una enfermedad terminal, puedan optar por la asistencia médica para morir o para que se alivie el dolor, siempre y cuando su solicitud sea informada, libre y reiterada.

Actualmente la Cámara de los Lores se ha enfrentado a casos en los cuales los Tribunales de Escocia e Irlanda han autorizado, a solicitud de los familiares de personas que se encuentran en estado vegetativo, suspender los tratamientos, pero en ningún caso se ha autorizado el auxilio para terminar con la vida de los pacientes.¹⁶⁰

¹⁵⁸ BEARD, MARY. "Looking for Emperor". *The New York Review Of Books*, número 8, noviembre, año 2007, p. 53.

¹⁵⁹ <http://www.condignidad.org/la-lmuerte-asistidar-derrotada-por-ahora.html>

¹⁶⁰ <http://www.publications.parliament.uk/pa/ld200304/ldbills/017/04017.iii.html>

Como podemos observar, esta iniciativa es semejante a la Ley de Oregon, ya que ambas prevén la manifestación de la voluntad sin que medie coacción; la intervención de testigos y del personal de salud; así como prever los trámites legales y administrativos que se deben cubrir en el proceso de la aplicación de la eutanasia activa, con la finalidad de evitar cualquier tipo de sanciones.

Eutanasia Pasiva

Respecto a la práctica de la eutanasia pasiva en Gran Bretaña, los antecedentes que encontramos son jurisprudenciales, en los que se argumentaba que la autonomía de la voluntad no podía ser coartada, por lo que la práctica de los testamentos vitales era común para disponer sobre la aplicación de la eutanasia.

Como consecuencia de ello, en 2005 se promulgó la Ley de Capacidad Mental ("Mental Capacity Bill"), mediante la cual se puede rehusar un tratamiento a través de las decisiones anticipadas, con las formalidades que establece dicha Ley, que son:

24.- DECISIONES ANTICIPADAS PARA RECHAZAR TRATAMIENTO. GENERALIDADES.

(1) "Decisión anticipada", significa una decisión tomada por una persona ("P") después de haber cumplido 18 años y cuando tiene capacidad de hacerlo, para que:

- (a) En un futuro y en determinadas circunstancias que especifique, se proponga le sea aplicado o se le continúe aplicando un tratamiento específico por la persona que le proporcione cuidados de salud; y
- (b) En un momento dado en que carezca de capacidad para consentir en la aplicación o continuación del tratamiento, el tratamiento específico no sea aplicado o no se continúe aplicando.

(2) Para los efectos de la subsección (1) (a), una decisión podrá ser considerada como especificando un tratamiento o las circunstancias, aunque se hubiesen expresado en términos que no sean técnicos.

(3) "P" podrá revocar o modificar una decisión anticipada en cualquier tiempo en que tenga capacidad para hacerlo.

(4) La revocación (incluyendo una parcial) no requiere constar por escrito.

(5) La modificación de una decisión anticipada no requiere constar por escrito (salvo que la sección 25 resulte aplicable en relación con la decisión derivada de la modificación).

25.-VALIDEZ Y APLICABILIDAD DE LAS DECISIONES ANTICIPADAS:

(1) Una decisión anticipada no afecta la responsabilidad en la que una persona pudiese incurrir al aplicar o continuar un tratamiento en relación con "P", salvo que a esa fecha la decisión sea:

(a) Válida; y

(b) Aplicable a dicho tratamiento.

(2) Una decisión anticipada no es válida si "P":

(a) ha revocado la decisión en una fecha en que tenía capacidad de hacerlo,

(b) ha conferido, conforme a un poder general en vigor y posterior a la realización de la decisión anticipada, facultades al apoderado (o siendo más de uno, a cualquiera de ellos) para consentir o rechazar el tratamiento a que se refiere la decisión anticipada, o

(c) ha realizado cualquier otra cosa claramente inconsistente con que la decisión anticipada permanezca siendo su decisión definitiva.

(3) Una decisión anticipada no es aplicable al tratamiento en cuestión, si en ese momento "P" tiene capacidad para consentirlo o rechazarlo.

(4) Una decisión anticipada no es aplicable al tratamiento en cuestión, si:

(a) ese tratamiento no es el tratamiento especificado en la decisión anticipada,

(b) faltase cualquiera de las circunstancias especificadas en la decisión anticipada, ó

(c) haya bases razonables para creer que existen circunstancias que "P" no previó en la fecha de la decisión anticipada y que de haberlas previsto habrían afectado su decisión.

(5) Una decisión anticipada no es aplicable a un tratamiento para prolongar la vida, salvo que:

(a) la decisión se realice mediante una declaración de "P", con el propósito de que aplique a ese tratamiento, incluso si la vida estuviese en riesgo, y

(b) la decisión y la declaración cumplan con la subsección (6)

(6) Una decisión o declaración cumple con esta subsección únicamente si:

(a) se hace por escrito,

(b) es firmada por "P" o por otra persona en presencia y por instrucciones de "P",

(c) la firma es puesta o reconocida por "P" en presencia de un testigo, y

(d) el testigo la firma, o reconoce su firma, en presencia de "P".

(7) La existencia de cualquier poder general diverso al descrito en la subsección (2) (b) no impide que la decisión anticipada sea considerada válida y aplicable.

26.- EFECTO DE LAS DECISIONES ANTICIPADAS.

(1) Si "P" ha otorgado una decisión anticipada que sea:

(a) válida, y

(b) aplicable a un tratamiento, la decisión tiene efecto como si la hubiese otorgado y tuviese la capacidad para realizarla en la fecha en la que se presente la duda sobre si el tratamiento debe ser aplicado o se continúe aplicando.

(2) Una persona no incurre en responsabilidad por aplicar o continuar el tratamiento, salvo que a esa fecha esté convencido de que existe una decisión anticipada válida y aplicable al tratamiento.

(3) Una persona no incurre en responsabilidad por las consecuencias de detener o retirar un tratamiento a "P", si a esa fecha cree razonablemente que existe una decisión anticipada válida y aplicable al tratamiento.

(4) Los tribunales podrán declararse sobre si una decisión anticipada:

(a) existe,

(b) es válida,

(c) es aplicable a un tratamiento.

(5) Nada en una aparente decisión anticipada impide a una persona para:

(a) proporcionar un tratamiento para prolongar la vida, o

(b) realizar cualquier acto que se considere razonablemente necesario para impedir un deterioro serio en la condición de "P", en tanto se obtenga de los tribunales una resolución respecto a cualquier aspecto relevante.¹⁶¹

Como se desprende de la citada Ley de Capacidad Mental ("Mental Capacity Bill"), cualquier persona mayor de 18 años puede expresar una *Decisión Anticipada* con la finalidad de determinar las circunstancias en que será sometido a tratamientos médicos que le proporcionen cuidados paliativos. La *decisión anticipada* puede ser modificada o revocada en cualquier momento por el otorgante. Cabe mencionar que ni la modificación o revocación de la *decisión anticipada* deben hacerse constar por escrito, lo que consideramos provocaría incertidumbre al ejecutor, al desconocer la voluntad expresada por el enfermo en dichas modificaciones.

Por otra parte, es prudente mencionar que la *decisión anticipada* no solo prevé la aplicación de tratamientos paliativos, sino también la de aquellos que prolonguen la vida. De igual manera, los tribunales (del lugar donde surte efectos la *decisión anticipada*) podrán determinar si ésta es válida y aplicable al tratamiento que se administra al enfermo.

e) Holanda

Eutanasia Activa

Con relación a la aplicación de la eutanasia en Holanda, desde el siglo XIX, los artículos 293 y 294 del Código Penal establecían pena de 12 años de prisión a quien causara la muerte de otra persona a solicitud expresa de la víctima,¹⁶² y hasta 3 años de prisión a quien incitara, asistiera o procurara los medios para que otro cometiere suicidio.¹⁶³

¹⁶¹ Ley de Capacidad Mental, artículos 24 a 26. Presentada a la Cámara de los Comunes el 17 de junio de 2004. Aprobada el 7 de abril de 2005. Consultada en: <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200304/cmbills/120/04120.i-vi.html>. Traducción elaborada por la tesista.

¹⁶² Código Penal de Holanda, artículos 293 y 294. Entró en vigor el 27 de marzo de 1976. Reformado a consecuencia de la Ley de Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio, que entró en vigor el 12 de abril de 2001. Consultada en: ZAMORA ETCHARREN,

Como se desprende de lo anterior, los preceptos legales consideraban ilícito el suicidio asistido. Sin embargo, la Real Asociación de Médicos y el Ministerio de Justicia firmaron un acuerdo para determinar en ciertos casos la aplicación de la eutanasia activa, con la finalidad de respetar la voluntad de los enfermos y otorgarles una muerte digna.

Un caso relevante sobre la práctica de la eutanasia en Holanda, es el ocurrido en los años setentas, cuando una doctora fue sometida a juicio por administrar a solicitud de su madre (quien había sufrido una hemorragia cerebral que le provocó pérdida de movimiento y de capacidad auditiva), un fármaco para provocar su muerte. El Juez consideró como lícita la facultad del médico para administrar sustancias que provoquen la muerte, siempre y cuando fuese a solicitud del paciente y en ciertas circunstancias, por lo que únicamente la sentenció a suspender su actividad profesional por una semana.

Posteriormente se presentaron otros casos en pacientes inconscientes, en los cuales la Corte consideró que la actuación del médico se dio en estado de necesidad, ya que se trataba de un suicidio asistido de un enfermo crónico y no de un enfermo terminal.¹⁶⁴

Derivado de lo anterior y al carecer de un ordenamiento que previese la aplicación de la eutanasia, en 1990 la Real Asociación Médica de Holanda, los Jueces y los Ministerios de Justicia establecieron los lineamientos aplicables en los casos de eutanasia activa, que son los siguientes:

RODRIGO. *El consentimiento del ofendido en la eutanasia*. Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, 2001. p. 22

¹⁶³ *Idem.*, artículo 294.

¹⁶⁴ *Ib idem.*, artículo 40.

- a) El paciente debe realizar voluntaria y reiteradamente la solicitud de asistencia para el suicidio asistido;
- b) El Estado o los médicos deben hacer que el paciente “reconsidere su petición”;
- c) La situación del paciente debe ser dolorosa y sin remedio, aún y cuando no se encuentre en estado terminal;
- d) La aplicación de la eutanasia únicamente se realizará por un médico, y en caso de que el paciente presente un problema psiquiátrico, deberá contar con el dictámen de por lo menos dos especialistas (uno de ellos debe ser psiquiatra);
- e) El médico está obligado a llevar un registro escrito del proceso de la aplicación de la eutanasia y debe hacerlo del conocimiento de las autoridades judiciales al momento de la muerte del paciente como un caso de eutanasia y no como de una muerte por causa natural; y
- f) Los médicos, en algunos casos, están autorizados para no aplicar los tratamientos de resucitación a los pacientes que “no parecieran candidatos viables para sobrevivir.”¹⁶⁵

Finalmente en 2001 se aprobó una ley denominada “Ley de Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio”¹⁶⁶, que reguló los criterios judiciales y los lineamientos convenidos entre las autoridades y el colegio de médicos. Esta Ley agregó nuevas consideraciones para preservar la autonomía de la voluntad de los pacientes, la protección de la ética de los médicos, así como de las instituciones de salud.

Con motivo de la promulgación de dicha Ley, se modificaron los mencionados Artículos 293 y 294 del Código Penal, para quedar como sigue:

Artículo 293:

¹⁶⁵ HENRAZZ, GONZALO. “Eutanasia y dignidad al morir”. *Le Monde*. número 561, Holanda. Año 2000, pp.15-19.

¹⁶⁶ Ley de Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio. Aprobada el 12 de abril de 2001. Consultada en: http://www.imagina.org/archivos/archivos_vi/Termin_vida.pdf

1. El que quitare la vida a otra persona, según el deseo expreso y serio de la misma, será castigado con pena de prisión de hasta 12 años o con una pena de multa de la categoría quinta.
2. El supuesto al que se refiere el párrafo 1 no será aplicable en el caso de que haya sido cometido por un médico que haya cumplido con los requisitos de cuidado establecidos en el artículo. 2º. de la Ley (Ley de Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio), y se lo haya comunicado al forense municipal conforme al artículo 7º, párrafo segundo, de la Ley Reguladora de los Funerales.

Artículo 294:

1. El que de forma intencionada indujere a otro para que se suicide, en caso de que el suicidio se produzca, será castigado con una pena de prisión de 3 años o con una pena de multa de la categoría cuarta.
2. El que de forma intencionada preste auxilio a otro para que se suicide o le facilite los medios necesarios para ese fin, será, en caso de que se produzca el suicidio, castigado con una pena de prisión de hasta 3 años o con una multa de la categoría cuarta. Se aplicará por analogía el artículo 293, párrafo segundo.¹⁶⁷

De igual manera, se reformó la Ley de Funerales, para que se encuadrara en los supuestos previstos por la mencionada Ley de Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio.

Sin embargo, las medidas tomadas por Holanda fueron revisadas por la Organización de las Naciones Unidas y el Comité de Derechos Humanos, expresando que los casos de eutanasia en menores presentaban lagunas jurídicas, las cuales debían ser subsanadas por la legislación

¹⁶⁷ Código Penal de Holanda. Op Cit., artículos 293 y 294. Entró en vigor el 27 de marzo de 1976. Consultado en: <http://www.bioeticaweb.com/content/view/874/856/>

holandesa. Asimismo, señalaron que las medidas de control previas a la aplicación de la eutanasia debían ser mejoradas¹⁶⁸.

Ahora bien, uno de los temas complicados para ser definidos o determinados por el Comité de Derechos Humanos y la Organización de las Naciones Unidas fue el del sufrimiento insoportable del paciente y la aplicación de la eutanasia en pacientes con demencia. Para estos supuestos se creó la “Capacitación sobre la Evaluación y Apoyo de la Eutanasia”, mediante la cual dos médicos debían determinar razonablemente si el sufrimiento del paciente era insoportable o si la petición del ahora demente aún se encontraba vigente para su aplicación, así como si el padecimiento había sido previsto por el paciente como un *supuesto* de aplicación de la eutanasia.

En el caso de menores, el Comité de Derechos Humanos y la Organización de las Naciones Unidas consideraron que sólo es aplicable a los enfermos de cáncer y con previa autorización y participación de los padres.

Por otra parte, debemos recordar que Holanda fue uno de los primeros países en regular la aplicación de la eutanasia. No obstante, algunos organismos internacionales han cuestionado su aplicación en los menores de edad. Sin embargo, consideramos que es una de las legislaciones más completas tanto en su previsión como en su aplicación, al haber sido adecuados todos los ordenamientos locales que pudiesen contravenir la aplicación de la eutanasia, otorgando así seguridad jurídica a los individuos.

¹⁶⁸ www.un.org/spanish/hr/

f) Suiza

Eutanasia Activa

La práctica de la eutanasia es castigada dependiendo del motivo que provoca el suicidio asistido, y queda a criterio del juzgador la sanción aplicable al caso. Sin embargo, el Código Penal de Suiza en su artículo 114, establece una sanción menor cuando el homicidio sea cometido a solicitud de la víctima (suicidio asistido) y motivado por una situación o circunstancia que pueda ser considerada como *honorable*:

Artículo 114. Muerte a solicitud de la víctima. El que, por un motivo honorable, en particular el de piedad, dé muerte a una persona que la haya solicitado de una manera seria e insistente, será castigado con una pena de libertad de un máximo de tres años o una sanción pecuniaria

169

Por otra parte, y en términos del artículo 115 del mismo ordenamiento, el suicidio asistido es castigado con mayor rigor cuando el motivo es *egoísta*:

Artículo 115. Incitación y asistencia para el suicidio. El que, por motivo egoísta, incite a una persona al suicidio o le preste asistencia para suicidarse, y el suicidio se consume o intente, será castigado con una pena privativa de la libertad de un máximo de cinco años o una sanción pecuniaria.¹⁷⁰

De tal manera, aunque en Suiza no existe un ordenamiento que regule la práctica de la eutanasia, en estricto sentido el homicidio cometido por piedad no es considerado como delito, porque el sujeto activo actuó para otorgar al sujeto pasivo una buena muerte, aliviando los sufrimientos que padece y evitando el encarnizamiento terapéutico.

¹⁶⁹ Código Penal de Suiza, artículo 114. Aprobado el 23 de julio de 1918. Reformado el 1° de enero de 2007. Consultado en: <http://www.admin.ch/ch/i/rs/3/311.0.it.pdf>

¹⁷⁰ Idem, artículo 115.

g) Unión Europea

Eutanasia Pasiva

En la Unión Europea, mediante el “Convenio de los Derechos Humanos y la Biomedicina” (también conocido como “Convenio de Oviedo”), promulgado el 4 de abril de 1997, se regula la aplicación de la eutanasia pasiva. Para que dicho Convenio tenga aplicación, debe ser ratificado por los Estados integrantes de la propia Unión Europea, por lo que aquellos que así lo hagan deben realizar adecuaciones a su legislación para garantizar la “protección jurisdiccional” a la dignidad e identidad de toda persona, así como de sus derechos y libertades fundamentales, tal como lo determina el artículo 1:

CAPITULO I.- Disposiciones generales

Artículo 1 Objeto y finalidad.

Las partes en el presente Convenio protegerán al ser humano en su dignidad y su identidad y garantizarán a toda persona, sin discriminación alguna, el respeto a su integridad y a sus demás derechos y libertades fundamentales con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina. Cada parte adoptará en su legislación interna las medidas necesarias para dar aplicación a lo dispuesto en el presente Convenio.¹⁷¹

De esta manera, a través de las modificaciones que se realizan a los ordenamientos de cada Estado, se salvaguardan los derechos de los ciudadanos, evitando que por autonomías jurídicas estos derechos estén limitados por carecer del ordenamiento que los tutele.

Asimismo, el artículo 5 del “Convenio de Oviedo” exalta la importancia de la manifestación de voluntad, sin la cual el Estado no podría otorgar una muerte digna. Dicho artículo 5 dispone lo siguiente:

¹⁷¹ Convenio de los Derechos Humanos y la Biomedicina. (Convenio de Oviedo), artículo 1°. Aprobado el 4 de abril de 1997. Consultado en: <http://www.unav.es/cdb/coeconvencion.html>

CAPITULO II Consentimiento

Artículo 5 Regla general.

Una intervención en el ámbito de la sanidad sólo podrá efectuarse después de que la persona afectada haya otorgado su libre e inequívoco consentimiento. Dicha persona deberá recibir previamente una información adecuada acerca de la finalidad y la naturaleza de la intervención, así como sobre sus riesgos y consecuencias. En cualquier momento la persona afectada podrá retirar libremente su consentimiento.¹⁷²

Igualmente, el Convenio establece los casos de incapacidad legal y física para tomar decisiones respecto de la intervención en el ámbito de la sanidad.

Artículo 6 Protección de las personas que no tengan capacidad para expresar su consentimiento.

1. A reserva de lo dispuesto en los artículos 17 y 20, sólo podrá efectuarse una intervención a una persona que no tenga capacidad para expresar su consentimiento cuando redunde en su beneficio directo.
2. Cuando, según la ley, un menor no tenga capacidad para expresar su consentimiento para una intervención, ésta sólo podrá efectuarse con autorización de su representante, de una autoridad o una persona o institución designada por la ley. La opinión del menor será tomada en consideración como un factor que será tanto más determinante en función de su edad y su grado de madurez.
3. Cuando, según la ley, una persona mayor de edad no tenga capacidad, a causa de una disfunción mental, una enfermedad o un motivo similar, para expresar su consentimiento para una intervención, ésta no podrá efectuarse sin la autorización de su representante, de una autoridad o una persona o institución designada por la ley. La persona afectada deberá intervenir, en la medida de lo posible, en el procedimiento de autorización.
4. El representante, la autoridad, persona o institución indicados en los apartados 2 y 3, recibirán, en iguales condiciones, la información a que se refiere el artículo 5.

¹⁷² Idem., artículo 5.

5. La autorización indicada en los apartados 2 y 3 podrá ser retirada, en cualquier momento, en interés de la persona afectada

Artículo 7 Protección de las personas que sufran trastornos mentales. La persona que sufra un trastorno mental grave sólo podrá ser sometida, sin su consentimiento, a una intervención que tenga por objeto tratar dicho trastorno, cuando la ausencia de ese tratamiento conlleve el riesgo de ser gravemente perjudicial para su salud y a reserva de las condiciones de protección previstas por la ley, que comprendan procedimientos de supervisión y control, así como de medios y de recursos.

Artículo 8 Situaciones de Urgencia. Cuando, debido a una situación de urgencia, no pueda obtenerse el consentimiento adecuado, podrá procederse inmediatamente a cualquier intervención indispensable desde el punto de vista médico en favor de la salud de la persona afectada.¹⁷³

Por lo que, el Convenio de Oviedo ha provocado la proliferación de las disposiciones de voluntad anticipada en Europa, ya que los países que integran la Unión Europea han tratado de unificar criterios y legislaciones, otorgando a los individuos seguridad jurídica en el ejercicio de sus derechos, sin importar la nacionalidad. Sin embargo, la Corte Europea de Derechos Humanos en diversas ocasiones ha manifestado su posición contraria a la aplicación de la eutanasia, pero no ha logrado que la eutanasia se prohíba.

3.2.4. Oceanía

a) Australia

Eutanasia Activa

En 1996 se aprobó el proyecto de ley denominada “Northern Territory Rights of the Terminally Ill” (Ley de los Derechos de los Enfermos Terminales del Territorio del Norte), mediante la cual se legalizó la aplicación de la eutanasia activa. Esta Ley permitía que una persona con enfermedad

¹⁷³ Ib idem., artículos 6 a 8.

terminal solicitase a un médico ayuda para poner fin a su vida. El médico tenía la obligación de valorar que la persona fuese competente para tomar dicha decisión, así como la probabilidad de morir a consecuencia de la enfermedad terminal, y que la persona había tomado la decisión libremente.¹⁷⁴

En 1997, el Parlamento australiano aprobó la “Ley sobre Eutanasia” (Euthanasia Laws Bill), a través de la cual prohibió a las entidades locales legislar en esta materia, ya que por los efectos extraterritoriales la consideró competencia Federal, y en consecuencia abrogó las leyes locales de eutanasia, entre otras, la ya mencionada “Ley de los Derechos de los Enfermos Terminales del Territorio del Norte”.¹⁷⁵

A la luz de lo expuesto en este Capítulo 3, debemos insistir en que los individuos, desde su nacimiento, tienen derecho a la vida, a la libertad y autonomía, así como derecho a la salud. Sin embargo, a pesar de que no se puede desconocer que la función principal del sistema de salud es destinar recursos para sanar a los pacientes, tampoco se debe prolongar la agonía cuando es inhumana, degradante e indigna, máxime si el paciente o sus familiares están convencidos de que la opción de suspender el tratamiento, así como la aplicación de la eutanasia, son la mejor alternativa para el respeto de la dignidad del enfermo. De tal manera que el aplicar la eutanasia no debe suponer la comisión de un hecho ilícito, sino por el contrario, se está privilegiando la voluntad del enfermo, permitiendo que la elección de una muerte digna sea un derecho de todo individuo, basándose en el respeto a la libertad, autonomía y dignidad.

¹⁷⁴ <http://www.nt.gov.au/lant/parliament/committees/rotti/parldebate.shtml>

¹⁷⁵ <http://www.austlii.com/au/legis/cth/bill/elb1996171/>

3.3. Eutanasia y su relación con los Derechos Humanos

Los derechos humanos son aquellas libertades, facultades, instituciones o reivindicaciones relativas a bienes primarios o básicos. Son independientes de factores particulares, como el estatus, sexo, etnia o nacionalidad, y son independientes o no dependen exclusivamente del ordenamiento jurídico vigente.¹⁷⁶

Para una mejor comprensión, a continuación nos referimos a las características de los derechos humanos:

- a) Universalidad: Todas las personas son titulares de los derechos humanos, sin importar su raza, sexo, religión, ideología, nacionalidad o condición social, por lo que el Estado tiene el *deber* de proteger y promover en su sistema político, económico y cultural a los derechos humanos y libertades fundamentales.
- b) Supra y Transnacionalidad: En razón de que los derechos humanos son inherentes a la dignidad del ser humano y de que todas las personas forman parte de la *humanidad*, aquéllos no dependen de la nacionalidad ni del territorio para que sean respetados, ya que los derechos humanos son protegidos a nivel internacional, por lo que en ningún caso puede ser motivo de falta de su procuración o ejercicio la *no intervención* o la *autodeterminación de los Estados*, toda vez que el sistema nacional de protección de derechos humanos se complementa con un sistema internacional de derechos humanos, logrando de esta manera un sistema integral.

¹⁷⁶ PAPANICHINI, ÁNGELO. Filosofía y derechos humanos. Editorial Prisma, Cataluña, p. 44; de forma similar, Nino, Carlos S. *Ética y derechos humanos*, p. 40. El concepto "bienes primarios".

- c) Irreversibilidad: Una vez que el Estado ha reconocido determinado derecho humano como inherente a la persona, no puede desconocer dicha condición, debiendo en consecuencia garantizar y asegurar su ejercicio.
- d) Progresividad: Los derechos humanos se encuentran en constante evolución. Desde su primer reconocimiento hasta el día de hoy, se han modificado a través de diversos convenios y tratados, ampliando su número , así como el ámbito jurídico de su goce y ejercicio, así como el ámbito de garantías de los mismos.
- e) Posición preferencial: Los derechos humanos deben ser preferentes a cualquier tipo de *poder público*, esto es, que el sistema político, económico o cultural del Estado a través de sus diferentes organismos e instituciones garanticen los derechos humanos, con la finalidad de procurar el *bien común*, toda vez que los derechos humanos determinan la actuación de los órganos del poder público.
- f) Eficacia erga omnes: Los derechos humanos son garantías esenciales que emanan del texto constitucional, ya que son salvaguardados en las relaciones entre particulares y el Estado, por lo que debe entenderse que su eficacia es general o *erga omnes*, en virtud de que los órganos de poder del Estado deben actuar bajo los lineamientos establecidos en el texto constitucional y en las normas que del mismo texto constitucional deriven, evitando violentar el ámbito individual o institucional de los derechos humanos.
- g) Fuerza Expansiva y el principio de favor libertatis: En la interpretación de derechos humanos debe prevalecer la interpretación que garantice en mayor extensión los derechos humanos de la persona. ¹⁷⁷

¹⁷⁷ NOGUIERA ALCALA, HUMBERTO. Teoría y dogmática de los Derechos Fundamentales. Instituto de Investigaciones Jurídicas, Universidad Nacional Autónoma de México, 2003, p. 69.

Por otra parte, los Derechos Fundamentales son clasificados por Luigi Ferrajoli de la siguiente manera:

- a) *Derechos humanos*: son aquellos que pertenecen a todas las personas, incluso a los que no son ni ciudadanos ni capaces de obrar;
- b) *Derechos civiles*: pertenecen a las personas capaces de obrar, independientemente de la ciudadanía;
- c) *Derechos públicos*: corresponden a las personas que son ciudadanos, sin importar su capacidad de obrar; y
- d) *Derechos políticos*: corresponden a personas que son ciudadanos y capaces de obrar.¹⁷⁸

De igual manera, Ferrajoli considera que los Derechos humanos y los Derechos civiles (incisos a) y b) que anteceden) pertenecen a todas las personas, independientemente de la ciudadanía, por lo deben ser considerados como *Derechos de la Persona o Derechos de la Personalidad*. Asimismo, establece que los Derechos Públicos y los Derechos Políticos únicamente se refieren a los ciudadanos, por lo que los determina como *Derechos de los Ciudadanos o de Ciudadanía*.

179

Por lo antes mencionado, podemos concluir que para Ferrajoli los derechos humanos se identifican como sigue:

- a) Derechos Primarios de la Persona: son los *Derechos Humanos*, como el derecho a la libertad;
- b) Derechos Primarios del Ciudadano: son los *Derechos Públicos*, esto es, el derecho a la salud, educación, seguridad social y demás derechos sociales;

¹⁷⁸ FERRAJOLI, LUIGI. *Los fundamentos de los Derechos Fundamentales*. Editorial Trotta, Madrid, 2002, p. 293.

¹⁷⁹ FERRAJOLI, LUIGI. *Derechos y Garantías*. Editorial Trotta, Cuarta Edición, Madrid, 1999, p. 104

- c) Derechos secundarios de la persona: son los *derechos civiles*, como lo es la autonomía privada, tratándose de los derechos patrimoniales; y
- d) Derechos secundarios del ciudadano: son los *derechos políticos*, entre los que aparece la autonomía pública que se ejerce a través de los actos públicos, como el derecho al voto.

Lo anterior se ejemplifica de la siguiente manera: ¹⁸⁰

Derechos Fundamentales	Derechos de la Persona	Derechos del Ciudadano
Derechos Primarios	Derechos Humanos	Derechos Públicos
Derechos Secundarios	Derechos Civiles	Derechos Políticos

En este contexto, no debemos olvidar que el derecho a la vida está previsto y protegido en los convenios, declaraciones y convenciones internacionales relativas a los Derechos Humanos. Está relacionado con la *dignidad, la libertad y la autonomía* de la persona.

A este respecto, los ordenamientos jurídicos que consideran el derecho a la vida son los siguientes:

- a) “Declaración Universal de los Derechos Humanos”, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de abril 1948, que en su artículo 3 dispone: “Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.” ¹⁸¹

¹⁸⁰ FERRAJOLI, LUIGI. Op cit., p. 294.

¹⁸¹ Declaración Universal de Derechos Humanos, artículo 3. Consultada en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>

b) “Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre”, aprobada el 2 de mayo de 1948 por la Novena Conferencia Internacional Americana, celebrada en Bogotá, Colombia, que en su artículo 1 señala que: “Todo ser humano tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.”¹⁸²

c) “Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos”, adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas mediante resolución número 2200A (XXI) de fecha 16 de diciembre de 1966, en vigor el 23 de marzo de 1967, que en su artículo 6.1 expresa: “El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente.”¹⁸³ Asimismo, en su artículo 7 menciona: “Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos.”¹⁸⁴

d) “Convención Americana de los Derechos Humanos” o “Pacto de San José”, suscrita el 22 de noviembre de 1969 en la Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos, en vigor el 18 de julio de 1978, que en su artículo 4.1 dice: “Toda persona tiene derecho a que se respete su vida. Este derecho estará protegido por la ley y, en general, a partir del momento de la concepción. Nadie puede ser privado de la vida arbitrariamente.”¹⁸⁵

e) “Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales”, aprobado el 4 de noviembre de 1950 en Roma, durante el Consejo de Europa, el cual entró en

¹⁸² Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, artículo 1. Consultada en: <http://www.cidh.org/Basicos/Basicos1.htm>

¹⁸³ Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, artículo 6.1. Consultado en: <http://www.cinu.org.mx/onu/documentos/pidcp.htm>

¹⁸⁴ Idem., artículo 7.

¹⁸⁵ Convención Americana de los Derechos Humanos o Pacto San José, artículo 4.1. Consultado en: <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/b-32.html>

vigor el 13 de septiembre de 1953, que en su artículo 2.1 indica: “El derecho de toda persona a la vida está protegido por la Ley. Nadie podrá ser privado de su vida intencionadamente...”¹⁸⁶

Derivado de todo lo anterior, podemos considerar como *derechos primordiales* del ser humano la vida, la dignidad y la libertad. Con relación a la vida, ésta tiene un valor *per se*, es decir, tiene un valor y sentido propios que deben ser respetados por cualquier Estado o individuo como un *derecho natural e indispensable* para todo ser humano. Como ya lo hemos mencionado, el derecho a la vida no solo es protegido en el ámbito nacional o local, sino también es tutelado por Ordenamientos y/o Convenios Internacionales a los cuales diversos países se han adherido y ratificado (relacionados en los párrafos que anteceden), que difunden y pugnan por los Derechos Humanos de toda persona, de tal manera que cada Estado debe salvaguardar la titularidad del ejercicio de esos derechos fundamentales a sus gobernados, evitando actos que atenten contra los mismos.

Los ordenamientos nacionales e internacionales no solo protegen el derecho a la vida, también reconocen el cúmulo de libertades que derivan de la misma, ya que sin la primera el individuo no podría ejercer ningún tipo de libertad individual, física, ideológica o económica. El derecho a la vida también implica el *principio de autonomía*, al reconocer al ser humano la *libertad de decisión o libre albedrío* sobre su persona, bienes, derechos y obligaciones, por lo que la *libertad individual* del hombre, fundada en la *autonomía personal*, le permite realizar cualquier tipo de actos, siempre y cuando no afecten los intereses, bienes y derechos de terceros, ya que como lo hemos mencionado, sin la vida el individuo no podría ejercer sus *libertades*.

¹⁸⁶ Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, artículo 2.1. Consultado en: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/1249.pdf>

Respecto a la dignidad, ésta también es considerada como un derecho básico y fundamental del ser humano, y está íntimamente vinculada con la vida, debiendo ser respetada en todo momento por los demás individuos, sin importar la nacionalidad, raza, credo o sexo; por las dependencias gubernamentales del Estado propio o ajeno; y por los órganos internacionales.

El primer ordenamiento que consideró a la dignidad humana dentro de su texto es la Carta de las Naciones Unidas, que dice:

Nosotros los Pueblos de las Naciones Unidas resueltos a preservar a las generaciones venideras del flagelo de la guerra que dos veces durante nuestra vida ha infligido a la Humanidad sufrimientos indecibles, a reafirmar la fe en los derechos fundamentales del hombre, en la dignidad y el valor de la persona humana, en la igualdad de derechos de hombres y mujeres y de las naciones grandes y pequeñas¹⁸⁷

De igual manera, en el preámbulo de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, se menciona:

... considerando que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana....¹⁸⁸

Lo anterior se reitera en los artículos 1, 22 y 23 de dicho documento, que dicen:

Artículo 1. Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros.

.... Artículo 22. Toda persona, como miembro de la sociedad, tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional y la cooperación internacional, habida cuenta de la organización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.

¹⁸⁷ www.cinu.org.mx/onu/documentos/cartatxt.htm#p

¹⁸⁸ Declaración Universal de Derechos Humanos, Op. cit., preámbulo.

Artículo 23. 1. Toda persona tiene derecho al trabajo, a la libre elección de su trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo y a la protección contra el desempleo.

2. Toda persona tiene derecho, sin discriminación alguna, a igual salario por trabajo igual.

3. Toda persona que trabaja tiene derecho a una remuneración equitativa y satisfactoria, que le asegure, así como a su familia, una existencia conforme a la dignidad humana y que será completada, en caso necesario, por cualesquiera otros medios de protección social.

4. Toda persona tiene derecho a fundar sindicatos y a sindicarse para la defensa de sus intereses.¹⁸⁹

Asimismo el artículo 11.1 de la Convención Americana de los Derechos Humanos, dispone: “Toda persona tiene derecho al respeto de su honra y al reconocimiento de su dignidad”

Por lo que hace al tema de la eutanasia, la dignidad es inherente a la condición humana, sin importar las circunstancias del enfermo en estado terminal, por lo que se deben proporcionar cuidados eficaces, personalizados y respetuosos, de calidad médica con atención especialmente a la autonomía individual, al dolor y a la depresión, todo ello enfocado al respeto de la persona y de su dignidad.

Ahora bien, considerando la idea de un *poder colectivo o supremo* frente a un *poder individual*, el Estado es titular de la *soberanía* y el gobernado goza de *dignidad y autonomía*. En ambos casos, *soberanía y dignidad*, son ejercidos siempre de manera absoluta, sin limitación alguna, en virtud de que la *soberanía* en un *plano micro* es identificada como la autonomía implícita en la idea de la misma *dignidad*, ya que es ejercida por cada individuo en la sociedad en que se desarrolla, debiendo el Estado velar por la protección, procuración y resguardo de la dignidad de cada uno

¹⁸⁹Idem., artículos 1, 22 y 23.

de sus gobernados, en el entendido de que los derechos de autonomía, libertad, igualdad, equidad y seguridad jurídica están relacionados con la dignidad de cada individuo, en virtud de que las relaciones entre las personas deben ser idénticas respecto del mismo goce de derechos y carga de obligaciones, sin distinción o limitación alguna.

Por lo antes mencionado y partiendo de la base de que el Estado reconoce la *autonomía individual y libertad* de todo individuo, el mismo Estado, dentro de ese reconocimiento, y en respeto a la autonomía individual, puede facultar al individuo para que éste establezca los términos, condiciones y procedimientos para su muerte, ya que solo mediante la manifestación de voluntad el individuo expresa las circunstancias que padece, así como los sufrimientos físicos o mentales que le provoca la enfermedad que enfrenta y en consecuencia determina, con un *conocimiento informado*, el rechazo a un tratamiento, o bien acepta el suministro de medicamentos, así como las acciones u omisiones a seguir para lograr su *buena muerte*, todo ello dentro del marco jurídico respectivo.

En este sentido, el autor Luis Cousin señala que eutanasia es:

Una muerte dulce y tranquila, sin dolores físicos ni torturas morales, que puede sobrevenir de un modo natural en las edades más avanzadas de la vida, de un modo sobrenatural, como gracia divina o sugerida por una exaltación de las virtudes estoicas, y que puede ser provocada artificialmente, ya por motivos eugénicos, bien con fines terapéuticos, para suprimir o abreviar una inevitable, larga y dolorosa agonía; pero siempre previa una reglamentación y el consentimiento del enfermo.¹⁹⁰

¹⁹⁰ COUSINO MAC, LUIS. Breve Curso de Medicina Legal. Editorial San Bernardo, Chile, 1942, p.323.

Asimismo, los *elementos esenciales* de la eutanasia son:

- a) Que la muerte sea a solicitud del enfermo, de los familiares o del representante facultado para ello;
- b) Que se trate de un enfermo incurable o terminal;
- c) Que padezca de insoportables y crueles dolores;
- d) Que los motivos sean la piedad, misericordia y humanidad; y
- e) Que se procure una muerte sin sufrimientos ni agonía.¹⁹¹

En ese orden de ideas, considerando que el derecho a la vida es el paradigma de los demás derechos, pues está relacionado (como lo hemos citado) con el derecho a la integridad física y moral, con el derecho a no ser tratado de una forma cruel, inhumana o degradante y con el derecho a la seguridad personal, en reconocimiento a la libre voluntad y a la dignidad de aquellos enfermos que se encuentran en una situación terminal irreversible y considerando, además, que el uso de tratamientos provoca sufrimiento innecesario, degradándose así la dignidad de la persona, es que resulta viable la aplicación de la eutanasia, es decir, procurar una muerte digna al enfermo. Esto es así en razón de que la persona o el enfermo es titular de los derechos a la vida, a la libertad y a la dignidad, por lo que está facultado para ejercer y renunciar esos derechos, de tal manera que el derecho a la vida no debe implicar nada más una defensa de ésta, sino que también debe entenderse como el derecho a una vida en condiciones adecuadas para ser disfrutada, es decir, el derecho a una vida digna en ejercicio de las libertades y por ende, el derecho a una buena muerte.

¹⁹¹ *Idem.*, p. 325

Cabe mencionar que en el capítulo 5 de este trabajo se abundará en el tema de Derechos Humanos, desde una perspectiva filosófica y bioética.

Capítulo 4. Derecho Mexicano frente a la Eutanasia

4.1. Análisis del Derecho Positivo Mexicano

Estudiando los antecedentes legislativos de nuestro país, hasta la fecha no existe en Derecho Positivo Mexicano ningún ordenamiento que regule la Eutanasia. En los últimos años ésta ha sido objeto de discusiones básicamente desde una perspectiva moral tanto en foros académicos como de diversas organizaciones civiles y religiosas, sobretodo a raíz de su aplicación en otros lugares, tal y como se ha expuesto en el Capítulo 3 de este trabajo.

Como se verá más adelante, el 8 de enero de 2008 entró en vigor la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, cuyo objeto es establecer las formalidades y requisitos para el otorgamiento del Documento o Formato de Voluntad Anticipada en materia de Ortotanasia, aunque este ordenamiento claramente prohíbe cualquier forma de aplicación de la Eutanasia.¹⁹²

Derivado de la promulgación de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, fueron adicionados diversos preceptos al Código Penal para el Distrito Federal (que entraron paralelamente en vigor el 8 de enero de 2008), en los que se establece que las conductas realizadas conforme a las disposiciones de aquel ordenamiento no integran los elementos del cuerpo del delito tratándose del homicidio, de la ayuda o inducción al suicidio y de la omisión de auxilio o cuidado. Sin embargo, el Código Penal para el Distrito Federal sigue sancionando el homicidio aun cuando se ejecute por razones humanitarias y a petición expresa, libre, reiterada e inequívoca de quien padezca una enfermedad incurable.

¹⁹² Ley de Voluntad Anticipada, Op Cit., artículo 2.

Igualmente se adicionó un precepto de la Ley de Salud para el Distrito Federal (en vigor a partir del 8 de enero de 2008), estableciéndose la obligación a cargo del Gobierno del Distrito Federal de cumplir con las disposiciones de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal.

Asimismo, y con motivo de la expedición de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, un año después de que iniciara su vigencia, esto es, el 6 de enero de 2009, entraron en vigor diversas reformas a la Ley General de Salud, fundamentalmente en materia de cuidados paliativos, previéndose que el enfermo en etapa terminal pueda expresar su voluntad en el sentido de negarse a recibir tratamientos extraordinarios.

A través de la evolución de la sociedad mexicana y del Derecho que la regula, no existe ordenamiento alguno que prevea la aplicación de la Eutanasia. Sin embargo, se han elaborado preceptos legales que consideran como atenuante de la pena en el delito de homicidio o ayuda al suicidio el móvil de piedad o misericordia, como se indica a continuación:

4.1.1. Antecedentes en Códigos Penales

A. Código Penal de 1835

En 1835, en Veracruz, se promulgó el primer Código Penal del México Independiente, cuyo artículo 542 hace mención del auxilio al suicidio y a la cooperación por omisión. Su texto es el siguiente:

Artículo 542. El que ayudare a otra persona en el acto de suicidarse, o el que antes de que lo intentare, lo proveyere de medios al efecto, conociendo lo que intenta, o dejare de dar el aviso correspondiente a quien deba o pueda impedirlo, se tendrá como cómplice de homicidio, sujeto a las penas que respectivamente quedan establecidas en la primera parte de este Código.

Nunca, sin embargo, se le impondrá la capital, a no ser que haya sido él quien sedujo u obligó al suicida a darse la muerte.¹⁹³

De igual manera, en el artículo 103 se hace mención a los cómplices:

Artículo 103. Son cómplices:

- 1) Los que dan instrucción, aviso o noticias a los autores de un delito para el fin de que éste se cometa.
- 2) Los que suministren instrumentos o los medios de cometer un delito.
- 3) Los que con su presencia o palabras en el acto de cometerse un delito contribuyen a su perpetración, de acuerdo o en combinación con los autores principales de él.
- 4) Los que teniendo obligación de impedir un delito o de tomar precauciones para que éste no se cometa, dejan de hacer una cosa, procediendo de acuerdo con los principales delincuentes.¹⁹⁴

En el artículo 105, relativo a las penas de los cómplices, se establece que el juez deberá valorar las circunstancias atenuantes de cada caso y señalar la sanción que le parezca justa, conforme a lo siguiente:

Artículo 105. Lo mismo sucederá (sufrirán la pena ordinaria como los autores principales) con los cómplices cuya cooperación haya sido tan importante que sin ella no se hubiera cometido delito. En caso contrario, los jueces tomando en consideración todas las circunstancias del caso y las personas, impondrán una pena extraordinaria menor siempre que la ordinaria, a más de presenciar el castigo de los principales delincuentes, si fuere éste el de muerte o de venganza pública.¹⁹⁵

¹⁹³ Código Penal de Veracruz del México Independiente, artículo 542. Aprobado en 1835. Consultado en CANO VALLE, FERNANDO. Eutanasia: aspectos jurídicos, filosóficos, médicos y religiosos. Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, 2001.

¹⁹⁴ Idem., artículo 103.

¹⁹⁵ Ib Idem., artículo 105.

B. Código Penal de 1871

El 7 de diciembre de 1871 se promulgó un Código Penal que era una adaptación del Código Penal español de 1870, al que se incorporaron algunas consideraciones de la Constitución de 1857.

En este Código se hace mención a la voluntad de la víctima para morir y a la ayuda que un tercero le pueda otorgar, en los siguientes términos:

Artículo 559. El que dé muerte a otro con voluntad de éste y por su orden, será castigado con cinco años de prisión. Cuando solamente lo provoque al suicidio, o le proporcione los medios de ejecutarlo, sufrirá un año de prisión, si se verifica el delito. En caso contrario, se le impondrá una multa de cincuenta a quinientos pesos.¹⁹⁶

C. Código Penal de 1929

Este ordenamiento entró en vigor el 15 de diciembre de 1929, conteniendo modificaciones al Código de 1871, con la finalidad de *mejorar el ambiente social y disminuir el castigo del delincuente*, de acuerdo con los siguientes artículos:

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

Artículo 983. Cuando solamente lo induzca o le proporcione los medios para ejecutarlo, se le aplicará una sanción hasta de tres años de segregación y multa de treinta a cincuenta días de utilidad si se verifica la muerte o se causan lesiones. En caso contrario sólo se hará efectiva la multa.¹⁹⁷

¹⁹⁶ Código Penal de 1871, artículo 559. Promulgado el 7 de diciembre de 1871. Consultado en CANO VALLE, FERNANDO. Op Cit., p. 116.

¹⁹⁷ Código Penal de 1929, artículos 982 y 983. Entró en vigor el 15 de diciembre de 1929. Consultado en CANO VALLE, FERNANDO. Op Cit., p. 120.

Uno de los avances de este Código, es que consideraba a los menores y a los incapaces:

Artículo 984. Si el occiso o suicida fuere menor de edad o padeciere alguna de las formas de enajenación mental, se aplicarán al homicida o instigador las sanciones señaladas al homicidio calificado.¹⁹⁸

D. Código Penal de 1931

Este Código contiene las siguientes novedades:

- a) El juez considerando las circunstancias del caso, sanciona dentro de los máximos y mínimos establecidos en el mismo código;
- b) Se prevé la tentativa;
- c) Se distinguen los diferentes tipos de participación en el delito; y
- d) Las causales excluyentes de responsabilidad.

Se sigue considerando como tipo penal el auxilio o inducción al suicidio, sin atender al *motivo* (piedad o misericordia):

Artículo 312. El que prestare auxilio o indujere a otro para que se suicide, será castigado con la pena de uno a cinco años de prisión; si se lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, la prisión será de cuatro a doce años.¹⁹⁹

E. Proyecto de Código Penal para el Distrito Federal de 1949

En este proyecto de Código Penal de 1949, se atenúa la pena al que ayuda al suicidio mediando *móvil de piedad y súplicas reiteradas de la víctima*.

¹⁹⁸ Código Penal de 1929, artículo 984. Entró en vigor el 15 de diciembre de 1929. Consultado en CANO VALLE, FERNANDO. Op Cit., p. 119.

¹⁹⁹ Código Penal de 1931, artículo 312. Entró en vigor el 12 de diciembre de 1931. Consultado en SOTELO SALGADO, CIPRIANO. La Legalización de la eutanasia. Editorial Cárdenas Velasco, México, 2004, p.58.

Artículo 304. El que prestare auxilio o indujere a otro a que se suicide, será castigado con la pena de uno a cinco años de prisión. Si lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, la pena será de cuatro a doce años de prisión. Se impondrá de uno a tres años de prisión cuando la privación de la vida se cometa por móviles de piedad, mediante súplicas reiteradas de la víctima, ante la inutilidad de todo auxilio para salvar su vida.²⁰⁰

F. Código Penal del Estado de México de 1961

Este Código fue promulgado considerando lo previsto en el proyecto de 1949 antes mencionado. Entró en vigor el 5 de febrero de 1961. Prevé la atenuación de la pena al que comete homicidio por un motivo de piedad, mediando súplicas reiteradas y notorias de la víctima.

Este ordenamiento dispone que:

Será castigado con prisión de seis meses a diez años y multa de diez mil pesos, el homicidio cometido:

- I. En estado de emoción violenta que las circunstancias hicieren excusable;
- II. En vindicación próxima de una ofensa grave causada al autor del delito, su cónyuge, concubina, ascendiente, descendiente y hermano; y
- III. Por móviles de piedad, mediante súplicas notorias y reiteradas de la víctima, ante la inutilidad de todo auxilio para salvar la vida.²⁰¹

En este artículo se hace referencia al motivo de piedad y a la reiteración de la víctima al auxilio como una atenuante en la aplicación de la sanción, al considerarlo como un homicidio piadoso.

²⁰⁰ Proyecto de Código Penal para el Distrito Federal de 1949, artículo 304. Consultado en SOTELO SALGADO, CIPRIANO. Op Cit.

²⁰¹ Código Penal del Estado de México, artículo 306. Entró en vigor el 5 de febrero de 1961. Consultado en CANO VALLE, FERNANDO. Op Cit., p. 135.

4.1.2. Análisis de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal y su Reglamento

El 8 de enero de 2008 entró en vigor la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, derivada de la cual se reformó y adicionó el Código Penal del Distrito Federal en sus artículos 127, 143 bis y 158 bis, así como el artículo 16 bis 3, fracción III, de la Ley de Salud para el Distrito Federal.

Asimismo, el 3 abril de 2008 se expidió el Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, que tiene por objetivo primordial regular la aplicación de la Ley de Voluntad Anticipada en Instituciones Públicas y Privadas de Salud.

Como se verá a lo largo del presente Apartado, la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal y su Reglamento contienen disposiciones contradictorias y ambiguas, presentándose también lagunas que harán difícil su interpretación y aplicación en la práctica.

En la Ley de Voluntad Anticipada se regula la aplicación de la Ortotanasia y la disposición de órganos, aunque se prohíbe la Eutanasia. En esta Ley se define Ortotanasia como:

Artículo 3. Para efectos de esta ley se define y entiende por:

... XIII. Ortotanasia: significa muerte correcta. Distingue entre curar y cuidar, sin provocar la muerte de manera activa, directa o indirecta, evitando la aplicación de medios, tratamientos y/o procedimientos médicos obstinados, desproporcionados o inútiles, procurando no menoscabar la dignidad del enfermo en etapa terminal, otorgando los Cuidados Paliativos, las Medidas Mínimas Ordinarias y Tanatológicas, y en su caso la Sedación Controlada.²⁰²

²⁰² Ley de Voluntad Anticipada, Op Cit., artículo 3.

En este ordenamiento se entiende por Cuidados Paliativos, Medidas Mínimas Ordinarias, Obstinación Terapéutica y Tanatología:

- a) Cuidados Paliativos: el control del dolor y la atención psicológica del paciente en aquellas enfermedades en donde no existe respuesta al tratamiento curativo aplicado.
- b) Medidas Mínimas Ordinarias: la hidratación, higiene, oxigenación, nutrición y/o curaciones del paciente en etapa terminal, según lo determine el personal de salud correspondiente;
- c) Obstinación Terapéutica: la utilización innecesaria de los medios, instrumentos y métodos médicos, para mantener vivo a un enfermo en etapa terminal; y
- d) Tanatología: el tratado o ciencia de la muerte, que consiste en la ayuda médica y psicológica brindada tanto al enfermo en etapa terminal como a los familiares de éste, a fin de comprender la situación y consecuencias de la aplicación de la Ortotanasia.²⁰³

Tal consideración de Ortotanasia se realizó previendo:

... el derecho del paciente que padece una enfermedad en fase terminal a rechazar medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que pretenden prolongar de manera innecesaria su vida y que menoscaben la dignidad de su persona, cuando por esas razones médicas, fortuitas o de fuerza mayor, sea imposible mantener su vida de manera natural. En otras palabras, la propuesta central y común radica en la regulación legal de la Ortotanasia, como un medio para

²⁰³ Idem.

lograr una calidad de vida digna y voluntariamente elegida para los enfermos en etapa terminal.²⁰⁴

Al respecto, y para entender la diferencia con la Eutanasia, debemos recordar que a través de la aplicación de la Eutanasia se acelera por omisión o acción la muerte del enfermo, y en la Ortotanasia se cuida al enfermo, esto es, no se le provoca la muerte, pero se evita la aplicación de medios, tratamientos y procedimientos médicos obstinados, con la finalidad de evitar el deterioro de la dignidad del enfermo en etapa terminal, a través de cuidados paliativos y medidas mínimas ordinarias y tanatológicas adecuadas. En este sentido, en dicho ordenamiento se dispone:

La presente ley es de orden público e interés social, y tiene por objeto establecer y regular las normas, requisitos y formas de realización de la voluntad de cualquier persona con capacidad de ejercicio, respecto a la negativa a someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona, cuando por razones médicas, fortuitas o de fuerza mayor, sea imposible mantener su vida de manera natural.²⁰⁵

Del texto antes transcrito se desprende que únicamente las personas con *capacidad de ejercicio* pueden otorgar un Documento de Voluntad Anticipada, lo que es inexacto, ya que la propia Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal y su Reglamento prevén que pueden otorgarse tanto el Documento como el Formato de Voluntad Anticipada en casos en que el enfermo terminal esté impedido para manifestar por sí mismo su voluntad o cuando sea menor de edad o incapaz legalmente declarado.

²⁰⁴ VALADÉS, DIEGO. Op Cit., p. 124.

²⁰⁵ Ley de Voluntad Anticipada, Op Cit., artículo 1.

En los artículos 2 y 43 de dicha Ley, se prohíben las conductas que acorten intencionalmente la vida o el suministro de medicamentos o tratamientos que intencionalmente provoquen la muerte (considerados como eutanasia activa), toda vez que únicamente es considerado sujeto pasivo para la aplicación de la Ortotanasia el enfermo terminal, que es definido en esta Ley de la siguiente manera:

Artículo 3. Para efectos de esta ley se define y entiende por:

.... VI. Enfermo en Etapa Terminal: es el que tiene un padecimiento mortal o que por caso fortuito o causas de fuerza mayor tiene una esperanza de vida menor a seis meses, y se encuentra imposibilitado para mantener su vida de manera natural, con base en las siguientes circunstancias:

- a) Presenta diagnóstico de enfermedad avanzada, irreversible, incurable, progresiva y/o degenerativa;
- b) Imposibilidad de respuesta a tratamiento específico; y/o
- c) Presencia de numerosos problemas y síntomas, secundarios o subsecuentes.²⁰⁶

La forma de expresar la voluntad para la aplicación de la Ortotanasia es a través del otorgamiento del:

- a) *Documento de Voluntad Anticipada*, ante notario, en el que:

... cualquier persona con capacidad de ejercicio y en pleno uso de sus facultades mentales, manifiesta la petición libre, consciente, seria, inequívoca y reiterada de no someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos, que propicien la Obstinación Médica.²⁰⁷

- b) *Formato de Voluntad Anticipada* otorgado ante el personal de salud, que es:

“... el Formato oficial emitido por la Secretaría en el que cualquier enfermo en etapa terminal o suscriptor, manifiesta ante el personal de salud de la Unidad Médica Hospitalaria o Institución

²⁰⁶ Ley de Voluntad Anticipada, Op Cit., fracción VI, artículo 3.

²⁰⁷ Idem., fracción V, artículo 3.

Privada de Salud, la petición libre, consciente, seria, inequívoca y reiterada de no someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos, que propicien la Obstinación Terapéutica.²⁰⁸

Como antes se ha apuntado, es de resaltarse la contradicción en que incurre el legislador local al definir el Documento de Voluntad Anticipada, pues deja fuera del concepto legal los supuestos en que, de conformidad con la propia Ley de Voluntad Anticipada, es posible que se otorgue cuando el enfermo terminal se encuentra impedido para manifestar por sí mismo su voluntad o carece de capacidad de ejercicio (nos referimos específicamente a los casos previstos en las fracciones III y IV del artículo 7 de la Ley).

De igual manera, por lo que se refiere a los supuestos para el otorgamiento del Documento o Formato de Voluntad Anticipada, existe una ambigüedad en la Ley de Voluntad Anticipada y su Reglamento, pues tal pareciera que excluyen la posibilidad de que se otorgue el Documento de Voluntad Anticipada ante notario en los casos de un enfermo terminal cuando está impedido inequívocamente para manifestar por sí mismo su voluntad o carece de capacidad de ejercicio (artículos 3, fracción V, 7, fracciones III y IV, 8, 10, 19 y 20 de la Ley de Voluntad Anticipada; y artículos 2, fracciones IV, V y XV, 3, 12, 19 y 20 del Reglamento).

Por otra parte y considerando que el Formato de Voluntad Anticipada exclusivamente podrá otorgarse ante el personal de salud en los supuestos mencionados en el párrafo anterior, consideramos que no existe ninguna razón para que en esos mismos supuestos se pueda otorgar el Documento de Voluntad Anticipada ante notario, esto es, que el notario acuda al

²⁰⁸ Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, Fracción V del artículo 2. Publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 4 de abril de 2008. Entró en vigor el 5 de abril de 2008.

hospital donde se encuentre el enfermo terminal para otorgar el Documento de Voluntad Anticipada.

A. Sujetos

Antes de entrar al estudio de las formalidades y requisitos del Documento (ante notario), o Formato (ante el personal de salud) de Voluntad Anticipada, para su mejor comprensión es conveniente enumerar a los sujetos que intervienen en cada caso, que son:

- I Otorgante o suscriptor;
- II Testigos;
- III Representante;
- IV Intérpretes y peritos;
- V Notario y el Personal de Salud;
- VI Coordinación Especializada; y
- VII Comité Hospitalario de Ética Médica.

I. Otorgante o Suscriptor: es la persona que otorga el Documento o el Formato de Voluntad Anticipada, pudiendo ser el propio interesado o, en su caso, el suscriptor,²⁰⁹ conforme a lo siguiente:

Ante notario (Documento):

- a) Cualquier persona con capacidad de ejercicio.
- b) Cualquier enfermo terminal, previamente diagnosticado.

²⁰⁹ Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada, Op Cit., fracción XV, artículo 2.

c) Cuando el enfermo terminal esté impedido de manera inequívoca para manifestar por sí mismo su voluntad, podrán otorgar el Documento los familiares del enfermo o personas siguientes, conforme al orden que se indica (y siempre a falta de la categoría anterior):²¹⁰

- El o la cónyuge;
- El o la concubina, o el o la conviviente;
- Los hijos mayores de edad consanguíneos o adoptados;
- Los padres o adoptantes;
- Los nietos mayores de edad; y
- Los hermanos mayores de edad o emancipados.

d) Cuando el enfermo terminal sea menor de edad o incapaz legalmente declarado,²¹¹ lo otorgan, de acuerdo al orden que se indica (y siempre a falta de la categoría anterior):

- Los padres o adoptantes;
- Los familiares que ejerzan la patria potestad; y
- Los hermanos mayores de edad o emancipados.

A falta de las personas facultadas conforme a los incisos c) y d) que anteceden, podrán otorgar el Documento los hijos menores de edad, mayores de 16 años.²¹²

Por lo que hace a los incisos a) y b) que anteceden, aunque la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal distingue ambos supuestos en las fracciones I y II del artículo 7, resulta jurídicamente irrelevante esta distinción, porque es al notario a quien corresponde juzgar sobre la

²¹⁰ Ley de Voluntad Anticipada, Op Cit., fracción III del Artículo 7 y artículo 19.

²¹¹ Idem., fracción IV del artículo 7 y artículo 20.

²¹² Ib idem., artículo 21.

capacidad del otorgante en ese momento, con independencia de si padece o no una enfermedad terminal. Es decir, habría bastado con que la Ley simplemente señalase que lo puede otorgar *cualquier persona con capacidad de ejercicio*.

Además de esa redundancia, consideramos que los menores emancipados podrán otorgar un Documento o Formato de Voluntad Anticipada, ya que su capacidad de ejercicio, en el Derecho positivo vigente, únicamente está limitada en los casos de enajenación o gravámen de bienes raíces, para los que requieren de autorización judicial, y tratándose de negocios judiciales, en que solo es necesaria la asistencia de un tutor (artículo 643 del Código Civil para el Distrito Federal), por lo que no existe ninguna limitación a su capacidad de ejercicio para otorgar el Documento o Formato de Voluntad Anticipada.

Asimismo, aunque la Ley de Voluntad Anticipada claramente los excluye, cabe reflexionar si debió haber previsto que también los menores de edad, mayores de 16 años, pudiesen otorgar esta clase de disposición. Esta reflexión se basa en la circunstancia de que el Código Civil para el Distrito Federal reconoce capacidad de ejercicio a los mayores de 16 años para otorgar testamento (artículo 1306, fracción I), para participar como testigo en un testamento (artículo 1502, fracción II) y para designar tutor en previsión de derivar en un estado de incapacidad (artículo 469 bis), y la propia Ley de Voluntad Anticipada reconoce capacidad de ejercicio a los mayores de 16 años para intervenir como testigos en el Documento o Formato de Voluntad Anticipada y para ser *representantes* (artículos 12, fracción I, y 13, fracción I de la Ley). De ahí que no veamos la razón por la que no se reconozca al mayor de 16 años capacidad de ejercicio para decidir no someterse a tratamientos que propicien la obstinación terapéutica y otorgar por sí mismo el Documento o Formato de Voluntad Anticipada.

En relación con los supuestos previstos en los incisos c) y d) anteriores, el texto legal merece los cuestionamientos, comentarios y críticas que a continuación se expresan:

- La fracción III del artículo 7 de la Ley de Voluntad Anticipada se refiere al enfermo en etapa terminal que se encuentre *de manera inequívoca impedido para manifestar por sí mismo su voluntad*. Al respecto, ¿cómo se justifica al notario la enfermedad terminal y la circunstancia de que el enfermo terminal se encuentre *inequívocamente* impedido para manifestar por sí mismo su voluntad?
- Por cuanto hace a la *enfermedad terminal* consideramos que el único medio de justificación lo constituye el *Diagnóstico Médico del Enfermo en Etapa Terminal* a que se refiere la fracción II del artículo 2 del Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal. Dicho Diagnóstico Médico tendrá que ser agregado al apéndice en el legajo correspondiente al Documento de Voluntad Anticipada y sin él no podrá el notario autorizar el otorgamiento del Documento de Voluntad Anticipada.
- En relación con la imposibilidad *inequívoca* de que el enfermo en etapa terminal manifieste por sí mismo su voluntad, el notario prudentemente deberá constituirse en el lugar en que se encuentre el enfermo y cerciorarse de que está impedido para expresar su voluntad. Consideramos que en este caso no es suficiente un dictamen médico, pues es exclusivamente al notario a quien corresponde resolver sobre la capacidad del otorgante (artículos 102, fracción XX, inciso a) y 105 de la Ley del Notariado para el Distrito Federal). En consecuencia, el notario hará constar dicha circunstancia en el instrumento, a efecto de que el Documento de Voluntad Anticipada se otorgue por alguna de las personas a que se refiere el artículo 19 de la Ley de Voluntad Anticipada.

- La fracción IV del artículo 7 de la Ley de Voluntad Anticipada se refiere al incapaz *legalmente declarado*. En consecuencia, si dicha incapacidad no ha sido reconocida judicialmente, ¿se podrá otorgar el Documento de Voluntad Anticipada?
- No es clara la expresión *a falta de* (refiriéndose a aquellas personas a quienes la Ley faculta para otorgar el Documento de Voluntad Anticipada), pues quedan sin respuesta, entre otras, las siguientes preguntas: ¿qué ocurre si alguna de las personas señaladas no quiere otorgar el Documento de Voluntad Anticipada? ¿si el o la cónyuge no quieren otorgarlo, podrá otorgarlo un hijo? ¿si hay varios hijos y la mayoría no quiere otorgarlo, podrán los demás otorgarlo?
- En cuanto a los concubinos, ¿cómo se justifica el concubinato? ¿alguna instancia distinta de la judicial puede declarar la existencia del concubinato? Es claro que únicamente un Juez de lo Familiar podrá reconocer efectos al concubinato, lo que en la práctica hará inviable este supuesto.
- Es totalmente carente de técnica legislativa que el artículo 21 de la Ley de Voluntad Anticipada se refiera a los hijos mayores de 16 años, pudiendo simplemente haberse incluido este supuesto en el listado de los artículos 19 y 20 de la Ley.
- Cabría preguntar al legislador cómo es posible que un menor de edad (y por lo tanto, incapaz) pueda otorgar en estas condiciones un Documento de Voluntad Anticipada respecto de su padre o madre, si conforme a la propia Ley el mayor de 16 años no lo puede otorgar respecto de sí mismo.
- En el listado mencionado en el inciso d), relativo al supuesto del enfermo terminal menor de edad o incapaz legalmente declarado, se omite a los tutores, aunque sí se prevé, como se ha dicho, a los hijos mayores de 16 años, lo que es totalmente absurdo, máxime cuando en dicho supuesto el listado no menciona a los *hijos mayores de edad*,

ni al cónyuge o al concubino (que bien podrían ser los tutores del mayor de edad incapaz); en el mismo supuesto, la Ley se refiere en primer lugar a los padres y en segundo lugar a *los familiares o personas que ejerzan la patria potestad del menor*, habiendo bastado en este supuesto simplemente con referirse a quienes ejerzan la patria potestad o la tutela, en los términos de lo dispuesto por el Código Civil para el Distrito Federal, sobretodo cuando la hipótesis de que se trata es la fracción IV del artículo 7 de la Ley, que exclusivamente autoriza a *los padres o tutores* para otorgar el Documento de Voluntad Anticipada (a diferencia de la fracción III del mismo precepto, que señala claramente que podrán suscribirlo los familiares y personas señaladas en los términos y supuestos de la propia Ley).

- Independientemente de lo ya expresado en el sentido de que la Ley de Voluntad Anticipada debería reconocer capacidad a los mayores de 16 años para otorgar el Documento de Voluntad Anticipada, el menor o incapaz que no padezcan enfermedad terminal ¿podrán otorgar el Documento de Voluntad Anticipada por conducto de quienes ejerzan la patria potestad o la tutela? Como se señalará más adelante, el artículo 23 del Reglamento se refiere al caso de los mayores de 16 años, aunque viola el principio de legalidad.

Ante el Personal de Salud²¹³ (Formato):

- a) Cualquier enfermo terminal, previamente diagnosticado.
- b) Cuando el enfermo terminal esté impedido de manera inequívoca para manifestar por sí mismo su voluntad podrán otorgar el Formato los familiares del enfermo o personas siguientes, conforme al orden que se indica (y siempre a falta de la categoría anterior):²¹⁴

²¹³ Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada, Op Cit., fracción V, artículo 2.

- El o la cónyuge;
- El o la concubina, o el o la conviviente;
- Los hijos mayores de edad consanguíneos o adoptados;
- Los padres o adoptantes;
- Los nietos mayores de edad; y
- Los hermanos mayores de edad o emancipados.

c) Cuando el enfermo terminal sea menor de edad o incapaz legalmente declarado,²¹⁵ lo otorgan de acuerdo con el orden que se indica (y siempre a falta de la categoría anterior):

- Los padres o adoptantes;
- Los familiares que ejerzan la patria potestad; y
- Los hermanos mayores de edad o emancipados.

A falta de las personas facultadas conforme a los incisos b) y c) que anteceden, podrán suscribir el Formato los hijos menores de edad, mayores de 16 años.²¹⁶

Algunos de los comentarios que se han hecho respecto del otorgante o suscriptor del Documento de Voluntad Anticipada aplican en lo conducente para el otorgamiento del Formato de Voluntad Anticipada, por lo que nos remitimos a ellos, con las siguientes consideraciones adicionales:

- Los artículos 19 y 20 del Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal no hacen sino repetir los listados contenidos en los artículos 19 y 20 de la Ley

²¹⁴ Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada, Op Cit , artículo 19.

²¹⁵ Idem., artículo 20.

²¹⁶ Ib idem., Artículo 24.

que reglamentan, lo que resulta ocioso desde el punto de vista de lo que debe ser el contenido de un Reglamento.

- A diferencia de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, dichos artículos de su Reglamento omiten señalar (salvo en un caso específico que se analizará más adelante) que el criterio de aplicación del listado debe ser *a falta* de las personas cuyo orden *subsecuente* o *de prelación* se establece, lo que genera dudas de interpretación y en todo caso constituye violación al principio de legalidad que todo Reglamento debe respetar.
- La redacción de los artículos 23 y 24 del Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal provoca situaciones inquietantes tanto desde el punto de vista del ya mencionado principio de legalidad como desde el punto de vista de su interpretación y aplicación práctica. Estos dos preceptos reglamentarios se refieren a la intervención de *mayores de dieciséis y menores de dieciocho años de edad* en la suscripción del Documento de Voluntad Anticipada (artículo 23) y del Formato de Voluntad Anticipada (artículo 24), con la diferencia de que el segundo dispositivo precisa que dichas personas tienen el carácter de *hijos*.

Más allá de la conveniencia ya apuntada en el sentido de que la Ley de Voluntad Anticipada debió reconocer capacidad a los mayores de 16 años para otorgar el Documento o Formato de Voluntad Anticipada, el artículo 23 dispone que dicha *categoría* de personas *para suscribir el Documento de Voluntad Anticipada*, deberán estar acompañados por quien ejerza sobre ellos la patria potestad o tutela, y que firmarán en su nombre y representación. Este artículo no contiene ninguna aclaración sobre el contexto de la *suscripción* de que trata y en cambio, claramente hace referencia al Documento de Voluntad Anticipada.

Si nos sujetamos a las *definiciones* contenidas en el artículo 2 del propio Reglamento, es *suscriptor* la persona autorizada por la Ley que *suscribe* el Formato de Voluntad Anticipada en los supuestos de enfermos terminales que estén impedidos para manifestar por sí mismos su voluntad, sean menores de edad o incapaces legalmente declarados. En la especie, el *suscriptor* a que se refiere el artículo 23 en comentario *no* es el definido por el Reglamento, ya que *no* es un *enfermo terminal* y *no suscribe el Formato* sino el *Documento*. Y en este contexto no es posible pensar que la redacción de este precepto obedeció a un *error*, pues el artículo 24 se refiere claramente a la *suscripción del Formato*.

En estas condiciones, la única interpretación del artículo 23 es que se refiere al supuesto de otorgamiento del Documento de Voluntad Anticipada, constituyendo así una clara violación al principio de legalidad, pues contrariamente a lo que dispone la letra de la Ley que reglamenta, otorga a menores de edad (no emancipados) la posibilidad de *suscribir* (otorgar) el Documento de Voluntad Anticipada. A mayor abundamiento, dicha violación del principio de legalidad se desprende de lo que dispone el artículo 1 del propio Reglamento, al establecer que su objeto es regular la aplicación de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal en Instituciones Públicas y Privadas de Salud.

Finalmente e independientemente de la problemática constitucional ya planteada, este artículo 23 es inentendible al señalar que el menor de edad puede *suscribir* el Documento de Voluntad Anticipada *acompañado* por quien ejerza sobre él la patria potestad o tutela, quienes *firmarán en su nombre y representación*. Es decir, ¿el menor *suscribe* y quienes lo representan lo *acompañan* y *firman*?

Por su parte, el artículo 24 del Reglamento presenta dificultades prácticas importantes al disponer que en los supuestos de enfermos terminales que estén impedidos para manifestar por sí mismos su voluntad o sean incapaces legalmente declarados, *los hijos mayores de dieciséis y menores de dieciocho años que suscriban el Formato de Voluntad Anticipada, deberán estar acompañados de quien ejerza sobre ellos la patria potestad o tutela y que firmarán en su nombre y representación*, agregando en su segundo párrafo que únicamente lo harán *a falta* de los familiares y personas señaladas en los términos de la Ley y su Reglamento.

Al respecto, no debemos olvidar que este artículo 24 se refiere a *hijos cuyos padres* están impedidos por enfermedad o incapacidad para otorgar el *Formato*. Entonces, ¿en qué caso se podrá actualizar la representación por quien ejerza la patria potestad sobre el hijo? Desde luego, legalmente (a falta del otro progenitor) el ejercicio de la patria potestad recae sobre los abuelos y de no haberlos, entonces se tendría que proveer al menor de un tutor. Ya se ha dicho que en estos supuestos la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal *omitió* a los cónyuges o concubinos al plantear un listado arbitrario y contrario a lo dispuesto por el Código Civil para el Distrito Federal. Y también se ha dicho que *omitió* a los hijos *mayores de edad*, que bien podrían ser tutores de su padre o madre solteros o viudos.

Lo que en todo caso se pretende con estos comentarios y críticas es dejar asentado que tanto la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal como su Reglamento, plantean situaciones que en la práctica no tendrán fácil solución y que seguramente generarán, sobretodo en el caso del Formato de Voluntad Anticipada, problemas de ejecución.

II. Testigos

Ante notario (Documento)

La presencia de dos testigos²¹⁷ no es obligatoria, salvo cuando el otorgante:

- a) No pueda o no sepa firmar;
- b) Sea sordo o mudo;
- c) Sea sordomudo;
- d) Sea ciego;
- e) No pueda o no sepa leer o escribir; o
- f) Desconozca el idioma español.

Asimismo, deben concurrir dos testigos cuando el otorgante o el notario lo requieran.

Ante el Personal de Salud (Formato)

Sin importar la situación del otorgante, invariablemente deben estar presentes dos testigos²¹⁸ al otorgarse el formato, quienes también deberán firmarlo.

Personas que No Pueden ser Testigos

Están imposibilitados para comparecer como testigos²¹⁹, en cualquiera de los casos (Documento o Formato):

- a) Los menores que no han cumplido los 16 años de edad;
- b) Los incapaces;
- c) Los parientes del enfermo terminal hasta el 4° grado;

²¹⁷ Ley Voluntad Anticipada, Op Cit., artículos 28 al 33.

²¹⁸ Idem., artículo 10.

²¹⁹ Ib idem., artículo 12.

- d) Los que desconozcan el idioma que habla el enfermo terminal, salvo que se encuentre un intérprete presente; y
- e) Los que hayan sido condenados por delito de falsedad.

Llama la atención que la fracción III del artículo 12 de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal establezca que no pueden ser testigos los familiares del *enfermo terminal* hasta el cuarto grado.

En primer lugar, los testigos no sólo concurren en los casos de que el otorgante sea un *enfermo terminal*, por lo que dicha fracción III del artículo 12 de la Ley debió referirse más bien al *otorgante* y no al *enfermo terminal*. La prohibición en comento no aclara si se trata de parientes consanguíneos en línea recta o colateral, sino que se refiere únicamente a *familiares* dentro del cuarto grado. Entonces, la única interpretación posible es que abarca tanto a parientes consanguíneos como por afinidad hasta el cuarto grado, ya sea en línea recta o colateral. Y el cónyuge o concubino, ¿podrán ser testigos?

En segundo lugar, por cuanto a las prohibiciones para ser testigos, la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal recoge, aparentemente, supuestos del Código Civil para el Distrito Federal en materia de testamentos. Sin embargo, no se entiende por qué impide que sean testigos parientes del otorgante hasta el cuarto grado. Esta prohibición, que aplica a parientes de los herederos o legatarios y que resulta prudente en el caso del testamento (para evitar así cualquier influjo contrario a la voluntad del testador), no tiene razón de ser en el contexto de la Ley de Voluntad Anticipada, sobretodo si se considera que los parientes dentro del cuarto grado (concretamente los padres, hijos y hermanos) pueden incluso suscribir el Documento o Formato

de Voluntad Anticipada en caso de imposibilidad del enfermo terminal o si éste es menor de edad o incapaz legalmente declarado, fungiendo en estos casos, además, como *representantes* para los efectos de la ejecución y cumplimiento del Documento o Formato de Voluntad Anticipada (artículos 19 y 20 de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal).

III. Representante

La Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal no contiene un *concepto* de lo que debe entenderse por esta figura del *Representante*. Es el Reglamento el que lo establece en los siguientes términos:

... la persona designada por el enfermo en etapa terminal o suscriptor para la revisión y confirmación de las disposiciones establecidas en el Documento o Formato de Voluntad Anticipada, la verificación del cumplimiento exacto e inequívoco de lo establecido en el mismo, la validez, la integración y notificación de los cambios que realicen los mismos.²²⁰

La primera reflexión sobre este cargo es que a pesar de la nomenclatura que utilizan tanto la Ley de Voluntad Anticipada como el Reglamento, el *Representante* estrictamente no ejerce una función de *representación* propiamente dicha, es decir, no actúa por cuenta del enfermo en etapa terminal. Tal vez dicha figura se pudo haber identificado como la de un *Ejecutor Especial*.

Asimismo, el Reglamento incurre en una imprecisión al establecer que el *Representante* es designado por *el enfermo en etapa terminal o suscriptor*, pues no necesariamente el Documento de Voluntad Anticipada es otorgado por un *enfermo en etapa terminal* ni tampoco por un

²²⁰ Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada, Op Cit., fracción XI, artículo 2.

suscriptor (artículo 7 de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal). En estas condiciones, el Reglamento debió hacer referencia simplemente al *otorgante* o al *suscriptor*.

Nombramiento de Representante

El representante debe ser nombrado al otorgarse el Documento o Formato de Voluntad Anticipada. En los casos en que el enfermo en etapa terminal se encuentre de manera inequívoca impedido para manifestar por sí mismo su voluntad o sea menor de edad o incapaz legalmente declarado, los familiares o personas autorizadas para otorgar el Documento o Formato de Voluntad Anticipada fungirán a su vez como representantes.²²¹

Obligaciones del Representante

El cargo de representante es voluntario y gratuito. Una vez que acepta el cargo está obligado a:

- a) Revisar y confirmar las disposiciones establecidas por el otorgante en el Documento o Formato de Voluntad Anticipada;
- b) Verificar el cumplimiento exacto e inequívoco de las disposiciones establecidas en el Documento o Formato de Voluntad Anticipada;
- c) Verificar los cambios y/o modificaciones que realice el otorgante al Documento o Formato de Voluntad Anticipada;
- d) Cumplir la voluntad del otorgante, y defender de ser necesario, el contenido de dicho documento; y
- e) Otras que le imponga la Ley.²²²

²²¹ Ley de Voluntad Anticipada, Op Cit., artículo 19, último párrafo y artículo 20, último párrafo. Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada, Op Cit., artículo 21.

²²² Ley de Voluntad Anticipada, Op Cit., artículo 17.

En diversos preceptos de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal y de su Reglamento se establece la obligación a cargo del *Representante* de *revisar* y *confirmar* las disposiciones contenidas en el Documento o Formato de Voluntad Anticipada. Sin embargo, ¿cuál es el contenido y alcance de dicha obligación? ¿qué debe hacer el *Representante*? es decir, ¿cómo *revisa* y cómo *confirma*? Si el *Representante* encuentra alguna disposición contraria a la Ley de Voluntad Anticipada al llevar a cabo esa labor de *revisión*, ¿qué debe hacer? ¿hacerlo del conocimiento de las autoridades competentes? ¿demandar la nulidad del Documento o Formato de Voluntad Anticipada? No encontramos en el texto de la Ley ni del Reglamento respuestas a estas interrogantes.

Personas que No pueden ser Representantes

No podrán ser representantes:²²³

- a) Las personas que no han cumplido 16 años;
- b) Los que habitual o accidentalmente no disfrutan de su cabal juicio;
- c) Los que no entienden el idioma que habla el enfermo en etapa terminal, salvo que se encuentre presente un intérprete; y
- d) Los que hayan sido condenados por el delito de falsedad.

Por lo que hace al supuesto del inciso c) que antecede (previsto en la fracción III del artículo 13 de la Ley de Voluntad Anticipada), no entendemos el sentido de que *se encuentre un intérprete presente*. Es decir, cuándo debe encontrarse un intérprete presente, ¿solo en el otorgamiento o también durante la ejecución del cumplimiento de la Voluntad Anticipada? ¿A quién auxilia el intérprete en este caso, al enfermo o al *representante*?

²²³ Ley de Voluntad Anticipada, Op Cit., artículo 13.

Cuando la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal se refiere a los intérpretes, lo hace respecto del *solicitante* (artículo 33 de la Ley), es decir, el otorgante o suscriptor, en su caso.

Entonces, ¿cuál es el sentido de la presencia del intérprete? El último párrafo del artículo 27 de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal señala que la presencia del *representante* es *preferible*, pero no la exige de manera absoluta, porque en última instancia (al igual que en el contrato de mandato) se entenderá que el *representante* ha aceptado el cargo cuando realiza actos en ejecución del mismo. En consecuencia, no encontramos razón para que quien no entienda el idioma que habla el *enfermo en etapa terminal* no pueda ser representante. A mayor abundamiento, supongamos que sí se encuentran presentes en el acto del otorgamiento tanto el *representante* como el intérprete y éste traduce ya sea al enfermo o al *representante* el contenido de las disposiciones de voluntad anticipada. Así se habría superado el supuesto a que nos estamos refiriendo. ¿Y después? ¿Cómo se van a comunicar el enfermo y su *representante*? Ni la Ley ni el Reglamento resuelven esta problemática. No hay que olvidar que el cargo de *representante* (como en el mandato) se basa en la confianza, es decir, es un cargo *intuitu personae*.

Excusas del Representante

Podrán excusarse de ejercer el cargo de representante, los empleados y funcionarios públicos; los militares en servicio activo; los que por el mal estado habitual de salud, o por no saber leer ni escribir, no puedan atender debidamente su representación; los que por caso fortuito o fuerza mayor no puedan realizar el cargo conferido; y los que tengan a su cargo otra representación en los términos de la Ley de Voluntad Anticipada.²²⁴

²²⁴ Ley de Voluntad Anticipada, Op Cit., artículo 16.

Conclusión del Cargo de Representante

El cargo de representante concluye:²²⁵

- a) Por el término natural del encargo;
- b) Por muerte del representante;
- c) Por muerte del representado;
- d) Por incapacidad legal, declarada en forma;
- e) Por excusa que el juez califique como legítima, con audiencia de los interesados y del Ministerio Público, cuando se interesen menores o el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Distrito Federal en el ámbito de sus atribuciones; y
- f) Por revocación de sus nombramientos o remoción, hecha por el signatario para su realización.

Al respecto, consideramos que el cargo de representante no deberá concluir a la muerte del representado en aquellos casos en que éste dispuso donar órganos, pues el representante está obligado a verificar el cumplimiento de las disposiciones contenidas en el Documento (o Formato) de Voluntad Anticipada (artículo 17, fracción II de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal).

Por cuanto hace a la excusa del representante, el artículo 26 del Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal dispone que el *enfermo en etapa terminal pueda optar por el Formato de Voluntad Anticipada y nombrará a un nuevo representante.*

²²⁵ Ley de Voluntad Anticipada, Op Cit., artículo 18.

No se entiende por qué en el caso de la excusa del representante el Reglamento se refiere únicamente al *enfermo en etapa terminal* y a la *opción* del Formato de Voluntad Anticipada. El Reglamento simplemente debió establecer que en este supuesto el otorgante o suscriptor procederán a designar nuevo representante.

IV. Intérpretes y Peritos

Respecto de los intérpretes y peritos que intervienen en el otorgamiento del Documento y Formato de Voluntad Anticipada, se prevé lo siguiente:

Documento de Voluntad Anticipada

a) Si el Otorgante (sea el propio interesado o el suscriptor, en su caso) ignora el idioma español, el notario nombrará un intérprete que sea además perito traductor, quien concurrirá al acto y realizará la traducción correspondiente, que será transcrita en el instrumento como Documento de Voluntad Anticipada, que junto con el suscrito en el idioma original se integrarán como un solo documento, en la inteligencia de que si el otorgante no puede o no sabe leer, dictará al intérprete en su idioma su voluntad, la que una vez traducida será transcrita como Documento de Voluntad Anticipada;²²⁶ y

b) Si el otorgante (interesado o suscriptor) fuere sordomudo y sabe el lenguaje a señas, el notario nombrará un intérprete que sea además perito, quien concurrirá al acto y realizará la traducción correspondiente, que será transcrita en el instrumento como Documento de Voluntad Anticipada.²²⁷

²²⁶ Ley de Voluntad Anticipada, Op Cit., artículo 22, segundo párrafo y artículo 33.

²²⁷ Idem., artículo 31.

En cualquier de los casos antes mencionados, el intérprete deberá firmar el Documento de Voluntad Anticipada.

El segundo párrafo del artículo 32 de la Ley de Voluntad Anticipada exige la participación de un *intérprete* en los casos en que el solicitante no pueda o no sepa leer ni escribir, para corroborar la voluntad del otorgante o suscriptor. Esta exigencia es ociosa porque en estos supuestos se hace necesaria la concurrencia de 2 testigos que precisamente corroborarán la voluntad del otorgante o suscriptor. No tiene sentido, en consecuencia, la presencia de un *intérprete*.

Formato de Voluntad Anticipada

Cuando el enfermo en etapa terminal o suscriptor padezcan alguna discapacidad que les impida manifestar su voluntad o ignoren el idioma español, la Secretaría de Salud del Distrito Federal se auxiliará de las Instituciones que cuenten con el personal capacitado para el otorgamiento del Formato de Voluntad Anticipada.²²⁸

V. Notario y Personal de Salud

Notario²²⁹

La Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal determina que el Documento de Voluntad Anticipada debe ser otorgado ante cualquier notario del Distrito Federal.

Personal de Salud

Cuando el enfermo en etapa terminal se encuentre imposibilitado para acudir ante Notario, podrá suscribir el Formato de Voluntad Anticipada ante el personal de salud correspondiente y dos testigos.²³⁰

²²⁸ Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada, Op Cit., artículo 22.

²²⁹ Ley de Voluntad Anticipada, Op Cit., fracción XI del artículo 3 y artículo 8. Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada, Op Cit., fracción I, artículo 3.

No obstante lo dispuesto por el artículo 10 de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, no encontramos ningún inconveniente para que el enfermo en etapa terminal que se encuentre hospitalizado otorgue el Documento de Voluntad Anticipada ante notario, pues aunque aquél *se encuentre imposibilitado para acudir ante el notario*, éste podrá constituirse en la Unidad Médica Hospitalaria o Institución Privada de Salud.

Se entiende por *Personal de Salud*²³¹ a los profesionales, especialistas, técnicos, auxiliares y demás trabajadores que laboran en la prestación de los servicios de salud, encargados de recabar los documentos y datos del enfermo en etapa terminal.

VI. Coordinación Especializada

La Coordinación Especializada es la unidad administrativa adscrita a la Secretaría de Salud del Distrito Federal encargada de vigilar el cumplimiento de las disposiciones establecidas en los Documentos y Formatos de Voluntad Anticipada.²³² El titular de esta dependencia es nombrado por el Secretario de Salud.²³³ Para el ejercicio de sus funciones la Coordinación Especializada cuenta con las siguientes facultades:

- a) Recibir, archivar y resguardar los Documentos y Formatos de Voluntad Anticipada, procedentes de las instituciones públicas y privadas de salud;
- b) Hacer del conocimiento del Ministerio Público los Documentos y Formatos de Voluntad Anticipada, procedentes de las instituciones públicas y privadas de salud;
- c) Supervisar: (i) el cumplimiento de las disposiciones de los Documentos y Formatos de Voluntad Anticipada; y (ii) Lo relativo en materia de Trasplantes y Donación de Órganos y Tejidos;

²³⁰ Ley de Voluntad Anticipada, Op Cit., artículo 10.

²³¹ Ley de Voluntad Anticipada, Op Cit., fracción XIV del artículo 3. Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada, Op Cit., fracción II, artículo 3.

²³² Ley de Voluntad Anticipada, Op Cit., artículo 45. Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada, Op Cit., fracción II del artículo 2.

²³³ Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada, Op Cit., artículo 39.

- d) Coadyuvar con el control y registro de donantes y receptores de Órganos y Tejidos en coordinación con el Centro Nacional de Trasplantes y los Centros Estatales de Trasplantes en el ámbito de sus atribuciones;
- e) Fungir como vínculo con los Centros Nacional y Estatales de Trasplantes en el ámbito de su competencia;
- f) Fomentar, promover y difundir la cultura de Donación de Órganos y Tejidos en el ámbito de su competencia;
- g) Proponer en el ámbito de su competencia, la celebración de convenios de colaboración con otras instituciones y asociaciones públicas o privadas en las que se promuevan y realicen Trasplantes de Órganos y Tejidos; y
- h) Las demás que le otorguen las otras leyes y reglamentos.²³⁴

Una vez otorgado el Documento de Voluntad Anticipada o el Formato de Voluntad Anticipada, el Notario o el Personal de Salud deberán dar aviso²³⁵ a la Coordinación Especializada (el notario tiene un término de 72 horas y el personal de salud un término de 48 horas) para que se registre su otorgamiento. A su vez, la Coordinación Especializada, en cuanto reciba el aviso deberá hacerlo del conocimiento del Ministerio Público en un término no mayor a 72 horas²³⁶ y en su caso, del personal de salud correspondiente para integrarlo al expediente clínico del enfermo en etapa terminal y en su momento dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en el mismo.

VII. Comité Hospitalario de Ética Médica

El Comité Hospitalario de Ética Médica²³⁷ es el grupo consultor interdisciplinario del personal de salud de las Unidades Médicas Hospitalarias e Instituciones Privadas de Salud, que se ocupa de verificar, avalar y hacer recomendaciones sobre el diagnóstico del enfermo terminal y la

²³⁴ Ley de Voluntad Anticipada, Op Cit., artículo 46.

²³⁵ Ley de Voluntad Anticipada, Op Cit., artículo 9; y del Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada, Op Cit., artículos 7 y 8.

²³⁶ Ley de Voluntad Anticipada, Op Cit., fracción II, artículo 46.; y del Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada, Op Cit., artículo 29 y fracción VI del artículo 40.

²³⁷ Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada, Op Cit., fracción I del artículo 2.

aplicación de la Voluntad Anticipada, así como de autorizar mediante la firma de sus respectivos representantes el Documento o Formato de Voluntad Anticipada, previo análisis de la información contenida en el expediente clínico. Dicho órgano consultor tiene las siguientes obligaciones:

Artículo 33. Para efectos del cumplimiento de las disposiciones establecidas en el Documento o Formato de Voluntad Anticipada, el personal de salud de las Unidades Médicas Hospitalarias e Instituciones Privadas de Salud y Comité Hospitalario de Ética Médica, tendrán las siguientes obligaciones:

- I. Emitir, suscribir y confirmar el diagnóstico del enfermo en etapa terminal;
- II. Validar ante la Coordinación Especializada la existencia y vigencia del Documento o Formato de Voluntad Anticipada; y
- III. Comenzar el manejo médico multidisciplinario del enfermo en etapa terminal.²³⁸

B. Requisitos y Formalidades

Ante notario (Documento)

Los requisitos y formalidades²³⁹ generales para el otorgamiento del Documento de Voluntad Anticipada ante notario, son los siguientes:

- a) Realizarse por escrito de manera personal, libre e inequívoca;
- b) Suscrito por el solicitante, estampando su nombre y firma en el mismo;
- c) El nombramiento de un representante para corroborar la realización del Documento de Voluntad Anticipada en los términos y circunstancias determinados en él; y
- d) La manifestación respecto a la disposición de órganos susceptibles de ser donados.

²³⁸ Idem., artículo 33.

²³⁹ Ley Voluntad Anticipada, Op Cit., artículo 8.

Por cuanto hace a las disposiciones generales derivadas del Documento de Voluntad Anticipada en materia de Trasplantes y Donación de Órganos será aplicable lo señalado en la Ley de Salud para el Distrito Federal y en la Ley General de Salud.²⁴⁰

Además de las formalidades antes mencionadas, previstas en el artículo 8 de la Ley de Voluntad Anticipada, se deberá cumplir con lo siguiente:

- a) Verificar la identidad del solicitante. En caso de que la identidad del solicitante no pudiese verificarse, el Notario solicitará la presencia de dos testigos, que bajo protesta de decir verdad, lo identifiquen. Si no existe la posibilidad de que comparezcan los dos testigos, el Notario agregará al Documento de Voluntad Anticipada todas las señas o características físicas y/o personales del solicitante;²⁴¹
- b) Cuando el otorgante desconozca el idioma español, el Notario deberá nombrar a su costa un intérprete que sea perito traductor, quien concurrirá al acto y explicará totalmente al otorgante los términos y condiciones en que se suscribe el Documento de Voluntad Anticipada²⁴². Tanto el documento en el idioma original como la traducción serán firmados por el otorgante, el intérprete y el Notario, considerándolos como un solo documento²⁴³. Como se ha indicado, la asistencia de un traductor también será contemplada cuando el otorgante es sordomudo y conoce el lenguaje a señas;²⁴⁴

²⁴⁰ Ley de Voluntad Anticipada, Op Cit., artículo 47.

²⁴¹ Idem., artículo 24.

²⁴² Ib idem., artículo 22, segundo párrafo.

²⁴³ Idem., artículo 33.

²⁴⁴ Ib idem., artículo 31.

- c) Si el otorgante no sabe o no puede firmar el Documento de Voluntad Anticipada, imprimirá su huella digital y uno de los testigos que lo acompañan firmará a su ruego para corroborar la voluntad del otorgante;²⁴⁵
- d) En caso de que el otorgante sea enteramente sordo o mudo, pero sepa leer, deberá dar lectura al Documento de Voluntad Anticipada correspondiente; si no supiere o no pudiere hacerlo, designará una persona que lo haga en su nombre;²⁴⁶ y
- e) Si el otorgante es ciego o no puede o no sabe leer, se dará lectura al Documento de Voluntad Anticipada dos veces: una por el Notario, y otra por uno de los testigos u otra persona que designe el otorgante.²⁴⁷

Una vez suscrito el Documento de Voluntad Anticipada, el notario deberá dar aviso a la Coordinación Especializada dentro de los tres días hábiles siguientes a su otorgamiento, quien en el término de 72 horas deberá hacer del conocimiento del Ministerio Público el otorgamiento de dicho Documento.²⁴⁸

En relación con el inciso a) que antecede, relativo a la identidad del solicitante, es difícil encontrar algún supuesto en el que tratándose de disposiciones de voluntad anticipada se pretenda *suplantar* al otorgante, pues dichas disposiciones afectan exclusivamente el ámbito físico de su persona. Sin embargo, el artículo 23 de la Ley de Voluntad Anticipada previene que el notario *deberá* verificar la identidad del solicitante. No obstante esta obligación general impuesta al notario, el artículo 24 de la propia Ley de Voluntad Anticipada establece que ante la imposibilidad de identificar al otorgante por medio de testigos, bastará que el notario agregue al

²⁴⁵ Idem, artículo 29.

²⁴⁶ Ley de Voluntad Anticipada, Op cit., artículo 30.

²⁴⁷ Idem., artículo 32.

²⁴⁸ Ley de Voluntad Anticipada, Op Cit., artículo 9. Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada, Op Cit., artículos 7 y 29.

Documento de Voluntad Anticipada *todas las señas o características físicas y/o personales del solicitante*. Es decir, conforme al texto del precepto aludido, el notario tendría que tomarle una foto al compareciente, pues no se puede imaginar de qué otra forma podría dar cumplimiento a la exigencia de *agregar* esas características físicas o personales.

El problema que se presenta es que la Ley del Notariado para el Distrito Federal no prevé estas circunstancias y claramente impone al notario la obligación de cerciorarse de la identidad de los comparecientes (artículos 102, fracción XX, inciso a), y 104 de dicho ordenamiento). Consideramos que no puede aplicarse el principio de *especialidad* de la ley, pues en todo caso la Ley especial que rige la actividad notarial en el Distrito Federal es precisamente la Ley del Notariado.

Por lo demás, llama la atención que el artículo 15 del Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada, al referirse a los requisitos que debe cumplir el responsable de *llenar* el Formato de Voluntad Anticipada, señala que se debe *verificar la identidad del enfermo en etapa terminal*, sin dar ningún margen al respecto. En el mismo sentido, los artículos 16, fracción III, y 18, fracción I, del propio Reglamento exigen que el Formato de Voluntad Anticipada contenga la identificación oficial del enfermo en etapa terminal.

La Ley de Voluntad Anticipada vuelve a ser inconsistente por cuanto hace a la *firma* del otorgante, pues mientras el artículo 8 exige que el Documento de Voluntad Anticipada sea *suscrito por el solicitante, estampando su nombre y firma en el mismo*, el artículo 29 (a que se refiere el inciso c) anterior), dispone que en el caso de que el otorgante no sepa o no pueda firmar, firmará a su ruego uno de los testigos, imprimiendo el solicitante su *huella digital*.

Ante el Personal de Salud (Formato)

En el caso del Formato de Voluntad Anticipada, el *Personal de Salud*²⁴⁹ correspondiente utilizará el *formato*²⁵⁰ expedido por la Secretaría de Salud, en el cual se indicará (i) el número de control para su registro en la Coordinación Especializada; (ii) datos de la Unidad Médica Hospitalaria de la Secretaría de Salud o de la Institución Privada; (iii) datos generales del enfermo en etapa terminal o del suscriptor, así como del representante y de los testigos; y (iv) lugar, fecha y hora del otorgamiento.

Además en el Formato de Voluntad Anticipada, se deberá cumplir con las siguientes formalidades:

Artículo 15. El responsable de recabar los datos y llenar el Formato de Voluntad Anticipada, deberá cumplir con las siguientes formalidades:

- I. Requisitar en un sólo acto el Formato de Voluntad Anticipada;
- II. Verificar la identidad del enfermo en etapa terminal o suscriptor y demás participantes;
- III. Solicitar al enfermo en etapa terminal o suscriptor de la Voluntad Anticipada, que exprese de modo claro su voluntad;
- IV. Dar lectura en voz alta al contenido del Formato, a efecto que el enfermo en etapa terminal o suscriptor confirme que su voluntad se encuentra en los términos y condiciones manifestadas;
- V. No deberá utilizar abreviaturas, ni contener tachaduras o enmendaduras; y
- VI. Recabar las firmas de los participantes.

El Formato se suscribirá por triplicado, entregando un ejemplar a la Coordinación Especializada, a la Unidad Médica Hospitalaria y al enfermo en etapa terminal, suscriptor o representante.²⁵¹

²⁴⁹ Ley de Voluntad Anticipada, Op Cit., fracción XIV, artículo 3.

²⁵⁰ Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada, Op Cit., fracción IV, artículo 2 y artículo 16.

²⁵¹ Idem., artículo 15.

El antes transcrito artículo 15 del Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada genera confusión, pues no contiene las mismas formalidades que la Ley de Voluntad Anticipada exige para el otorgamiento del Formato de Voluntad Anticipada. Esto es peligroso, sobre todo si se consideran los supuestos en que debe otorgarse el Formato y la ausencia de notario, que además de ser un profesional del derecho, a través de su fe pública imprime al acto un elemento de certeza jurídica del que carece el Formato de Voluntad Anticipada, que necesariamente se otorga ante el personal de salud.

De igual manera, el texto del Formato de Voluntad Anticipada deberá contener las siguientes disposiciones:²⁵²

- a) Que el paciente fue diagnosticado médicamente en etapa terminal;
- b) Que el enfermo en etapa terminal o el representante, fueron informados por el médico tratante del diagnóstico;
- c) Que el enfermo en etapa terminal o en su caso el suscriptor, expresa la decisión de que no sea sometido a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos obstinados e innecesarios encaminados a prolongar su vida;
- d) Que el enfermo en etapa terminal o en su caso el suscriptor manifiesta de manera libre y consciente su voluntad;
- e) La manifestación del enfermo en etapa terminal o en su caso del suscriptor de aceptar o no donar, órganos y tejidos; y
- f) La firma de los participantes y en su caso, la huella digital.

²⁵² Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada, Op Cit., artículo 17.

Cuando el otorgante desconoce el idioma español; o no sabe o no puede firmar; o sea sordo o mudo, pero sepa leer; o es ciego o no puede o no sabe leer, se atenderá a lo dispuesto en el otorgamiento del Documento de Voluntad Anticipada ante Notario, previamente señalado.

Al Formato de Voluntad Anticipada se agregará copia de identificación del enfermo en etapa terminal o del suscriptor, así como del representante y de los testigos; copia del resumen clínico; copia firmada del diagnóstico médico del enfermo en etapa terminal; y en su caso, copia del *formato* emitido por el Centro Nacional de Trasplantes o Centro Local para disponer de la donación de órganos.²⁵³

Una vez otorgado el Formato de Voluntad Anticipada con sus anexos, el Personal de Salud deberá dar aviso a la Coordinación Especializada en un plazo no mayor de 48 horas, la que a su vez, en el término de 72 horas, deberá hacer del conocimiento del Ministerio Público el otorgamiento de dicho Formato.²⁵⁴

C. Cumplimiento del Documento o Formato de Voluntad Anticipada

Con relación al cumplimiento del Documento o Formato de Voluntad Anticipada, el signatario o en su caso el representante, una vez que sea notificado del diagnóstico terminal del enfermo, deberá solicitar al personal de salud correspondiente para que inicie con la aplicación de las disposiciones establecidas en dicho documento²⁵⁵. En este mismo sentido, el médico tratante deberá informar de forma veraz, completa y comprensible al paciente y/o representante, las acciones y procedimientos médicos para cumplir con la Voluntad Anticipada emitida.

²⁵³ Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada, Op Cit., artículo 18.

²⁵⁴ Idem., artículos 8 y 29.

²⁵⁵ Ley de Voluntad Anticipada, Op Cit., artículo 40.

En cuanto el personal de salud inicie con el cumplimiento de las disposiciones contenidas en el Documento o Formato de Voluntad Anticipada, “el médico tratante registrará en el expediente clínico del enfermo en etapa terminal el plan de manejo médico conforme a las notas de evolución, actualización del cuadro clínico, signos vitales, resultados de estudios, indicaciones médicas y acciones realizadas para el cumplimiento de la Voluntad Anticipada, lo anterior como lo señala la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico”²⁵⁶. Asimismo, se incluirá lo relativo a Cuidados Paliativos, Medidas Mínimas Ordinarias, Sedación Controlada y Tratamiento Tanatológico²⁵⁷ que el Personal de Salud determine (cabe mencionar que estos conceptos se explicaron al principio del análisis de la Ley de Voluntad Anticipada, conforme a la fracción XIII del artículo 3 de dicha Ley). Respecto a la donación de órganos, el personal de salud informará a la Coordinación Especializada, quien a su vez lo hará del conocimiento de los Centros Nacional o Local de Trasplantes, para los efectos a que haya lugar.²⁵⁸

Conforme a lo dispuesto en el artículo 33 del Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, el personal de salud de las Unidades Médicas Hospitalarias e Instituciones Privadas de Salud y Comité Hospitalario de Ética Médica en el Documento o Formato de Voluntad Anticipada, deberá confirmar el diagnóstico del enfermo en etapa terminal, validando ante la Coordinación Especializada la existencia y vigencia de aquéllos e iniciar con el tratamiento médico multidisciplinario del enfermo.²⁵⁹

En caso de que las disposiciones del Documento o Formato de Voluntad Anticipadas sean contrarias a las creencias religiosas o convicciones del personal de salud, éstos podrán

²⁵⁶ Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada, Op Cit., artículo 35.

²⁵⁷ Ley de Voluntad Anticipada, Op Cit., artículo 41.

²⁵⁸ Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada, Op Cit., artículo 36.

²⁵⁹ Idem., artículo 33.

excusarse de intervenir en su práctica, por lo que la Secretaría de Salud debe garantizar y vigilar que en las instituciones de salud se cuente con personal de salud disponible para prestar dicho servicio.²⁶⁰ En el entendido de que bajo ninguna circunstancia podrán suministrar medicamentos o tratamientos médicos que provoquen de manera intencional el deceso del enfermo en etapa terminal,²⁶¹ o bien aplicar las disposiciones contenidas en el Documento o Formato de Voluntad Anticipada cuando el enfermo no se encuentre en etapa terminal.²⁶²

De igual manera, la Secretaría de Salud está facultada para prestar atención médica en el domicilio del enfermo terminal, ya sea mediante visitas domiciliarias o vía telefónica, considerando lo que dispone el artículo 37 del Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, que dice:

Artículo 37. La atención médica domiciliaria será otorgada vía telefónica o a través de visita domiciliaria, debiendo sujetarse a las siguientes disposiciones:

- I. Se otorgará dentro del territorio del Distrito Federal;
- II. Será solicitada por el enfermo en etapa terminal, representante y/o familiares a través del área de trabajo social de la Unidad Médica Hospitalaria que le atiende;
- III. Deberá ser indicada por el médico tratante, de acuerdo a la condición médica del enfermo en etapa terminal y programada por la Unidad Médica Hospitalaria correspondiente;
- IV. El personal de salud que asista, le proporcionará al enfermo en etapa terminal los cuidados paliativos, en su caso sedación controlada, así como tratamiento psicológico y/o tanatológico y, para el enfermo y sus familiares, en su caso sedación controlada;
- V. El personal de salud, tiene la obligación de incorporar la información al expediente clínico, respecto al cumplimiento del plan de manejo médico del enfermo en etapa terminal;

²⁶⁰ Ley Voluntad Anticipada, Op Cit., artículo 42.

²⁶¹ Idem., artículo 43.

²⁶² Ib idem., artículo 44.

VI. El personal de salud instruirá al familiar o persona encargada de atender al enfermo en etapa terminal, respecto al procedimiento para proporcionar los cuidados paliativos; y

VII. El personal de salud expedirá el certificado de defunción correspondiente.²⁶³

D. Revocación y Causas de Nulidad

La *Revocación* del Documento o Formato de Voluntad Anticipada únicamente corresponde al otorgante del mismo en cualquier momento.²⁶⁴

Por lo que respecta a las *Causas de Nulidad*²⁶⁵ del Documento o Formato de Voluntad Anticipada, la Ley de Voluntad Anticipada establece las siguientes:

- a) Cuando sea otorgado sin cumplir con las formalidades y requisitos señalados en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal;
- b) Cuando exista violencia o amenazas contra el signatario o sus bienes, o contra la persona o bienes de su cónyuge, parientes, concubinario o concubina;
- c) Cuando sea otorgado mediando dolo o fraude;
- d) Cuando exista en su otorgamiento alguno de los vicios de la voluntad; o
- e) Cuando el solicitante solo exprese señales o monosílabos en respuesta a las preguntas que se le hacen.

A su vez, el Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada determina, en el Capítulo III, denominado *De la Nulidad y Revocación de la Voluntad Anticipada*, que el personal de salud suspenderá el llenado del Formato de Voluntad Anticipada, cuando:

Artículo 30. El personal de salud responsable de recabar la información para el requisitado del Formato de Voluntad Anticipada, suspenderá el llenado del mismo, cuando:

²⁶³ Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada, Op cit., artículo 37.

²⁶⁴ Ley de Voluntad Anticipada; Op Cit., artículo 38.

²⁶⁵ Idem., artículo 36.

- I. Se realice bajo amenazas contra el enfermo en etapa terminal o suscriptor;
- II. Se realice con el ánimo de obtener un beneficio o provecho del enfermo en etapa terminal;
- III. El enfermo en etapa terminal o suscriptor no exprese clara e inequívocamente su voluntad;
- IV. El enfermo en etapa terminal o suscriptor se exprese con señas o monosílabos en respuesta a las preguntas que se le hacen;
- V. No cuente con intérprete o perito traductor como lo establece el artículo 22 de este Reglamento;
- VI. Medie alguno de los vicios del consentimiento establecidos en el Código Civil vigente para el Distrito Federal, o sea captado por dolo o fraude; y
- VII. Se otorga en contravención a lo establecido por la Ley y este Reglamento.²⁶⁶

Cuando existan dos o más Documentos o Formatos de Voluntad Anticipada se considerará válido el último firmado por el signatario.²⁶⁷ Y en caso de controversia, objeción institucional médica o familiar sobre la validez del Documento o Formato de Voluntad Anticipada, se suspenderá su cumplimiento hasta que el Juez o autoridad competente resuelva sobre dicha situación.²⁶⁸

Como puede apreciarse, el Reglamento reproduce sustancialmente las causas de nulidad establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada. Al respecto, nos preguntamos de qué manera el personal de salud podrá estar en condiciones de *suspender* el llenado del Formato de Voluntad Anticipada en los supuestos precisados en los incisos I, II y VI que anteceden. En la realidad, resultará prácticamente imposible que el personal de salud pueda conocer dichas circunstancias,

²⁶⁶ Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada, Op Cit., artículo 30.

²⁶⁷ Ley de Voluntad Anticipada, Op Cit., artículo 39.

²⁶⁸ Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada; Op Cit., artículo 32.

lo que revela la falta de análisis en que incurre el Jefe de Gobierno del Distrito Federal al expedir el Reglamento.

Asimismo, tratándose del supuesto a que se refiere el inciso II, más allá de su desafortunada redacción y su dudosa constitucionalidad (la Ley de Voluntad Anticipada no lo prevé), no entendemos en qué puede consistir el beneficio o provecho que se *obtenga* del enfermo en etapa terminal.

Por lo demás, en relación con la nulidad del Documento o Formato de Voluntad Anticipada, el artículo 32 del Reglamento dispone que en caso de controversia, objeción institucional médica o familiar sobre la *validez* o contenido del Documento o Formato de Voluntad Anticipada, se suspenderá su cumplimiento hasta que el Juez o autoridad competente resuelvan. Al respecto, ¿qué debe entenderse por que se suspenda el cumplimiento de la disposición? ¿se aplica al enfermo terminal algún tratamiento médico específico que conforme a la disposición de voluntad anticipada ya no tendría que serle aplicado? ¿este tratamiento podrá resultar contraproducente para el propio enfermo y eventualmente causarle algún daño o sufrimiento?

Independientemente de lo dispuesto por el Reglamento, es claro que la nulidad del Documento o Formato de Voluntad Anticipada la tendrá que declarar un Juez. Mientras el otorgante no padezca una *enfermedad terminal*, si hubiere mediado, por ejemplo, alguno de los vicios de la voluntad, podrá revocar dicha disposición sin mayores consecuencias. El problema se presentará cuando medie alguna causa de nulidad y haya un *enfermo terminal*, pues el procedimiento judicial correspondiente seguramente concluirá después de la muerte del enfermo

terminal, por lo que en la práctica, lo verdaderamente importante será resolver si se *suspende* o no el cumplimiento de la disposición de voluntad anticipada.

4.1.3. Análisis del Código Penal para el Distrito Federal

El 7 de enero de 2008 se publicó en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el decreto por el cual se adicionan los artículos 127, párrafos segundo y tercero, 143 Bis y 158 Bis del Código Penal para el Distrito Federal, con la finalidad de atender a lo establecido en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal.

Con la adición del segundo y tercer párrafos del artículo 127, se exime del delito de homicidio a quien actúe dentro de los lineamientos establecidos en la Ley de Voluntad Anticipada, conforme a lo siguiente:

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

Los supuestos previstos en el párrafo anterior no integran los elementos del cuerpo del delito de homicidio, así como tampoco las conductas realizadas por el personal de salud correspondiente, para los efectos del cumplimiento de las disposiciones establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal.

Tampoco integran los elementos del cuerpo del delito previsto en el párrafo primero del presente artículo, las conductas realizadas conforme a las disposiciones establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal suscritas y realizadas por el solicitante o representante, en el Documento de Voluntad Anticipada o el Formato expedido por la Secretaría de Salud para los efectos legales a que haya lugar.²⁶⁹

²⁶⁹ Código Penal para el Distrito Federal, artículo 127, párrafo segundo y tercero, reformado por decreto publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 7 de enero de 2008, entró en vigor el 8 de enero de 2009.

Por otra parte, la actuación del personal de salud en cumplimiento a lo expresado por el enfermo terminal en el Documento o Formato de Voluntad Anticipada, no se encuadrará en el tipo penal de *Ayuda o Inducción al Suicidio* previstos en los artículos 142 y 143 de dicho ordenamiento, lo anterior con base en lo dispuesto en el artículo 143 Bis del citado Código Penal para el Distrito Federal, que dice:

Artículo 143 Bis. En los supuestos previstos en los dos artículos anteriores no integran los elementos del cuerpo del delito de ayuda o inducción al suicidio, las conductas realizadas por el personal de salud correspondiente para los efectos del cumplimiento de las disposiciones establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal.

Tampoco integran los elementos del cuerpo del delito previstos en el párrafo anterior, las conductas realizadas conforme a las disposiciones establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal suscritas y realizadas por el solicitante o representante, en el Documento de Voluntad Anticipada o el Formato expedido por la Secretaría de Salud para los efectos legales a que haya lugar.²⁷⁰

De igual manera, el artículo 158 Bis del mismo ordenamiento determina que no se considera *Omisión de Auxilio o Cuidado* contenidos en los artículos 156 y 158, siempre y cuando dicha omisión se realice dentro de los términos expresados en la Ley de Voluntad Anticipada y/o por el enfermo terminal o su representante en el Documento o Formato de Voluntad Anticipada.

Artículo 158 Bis. En los supuestos previstos en el artículo 156 y primer párrafo del artículo 158, no integran los elementos del cuerpo del delito de omisión de auxilio o de cuidado, las conductas realizadas por el personal de salud para los efectos del cumplimiento de las disposiciones establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal.

²⁷⁰ Idem., artículo 143 Bis.

Tampoco integran los elementos del cuerpo del delito previstos en el párrafo anterior, las conductas realizadas conforme a las disposiciones establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal suscritas y realizadas por el solicitante o representante, en el Documento de Voluntad Anticipada o el Formato expedido por la Secretaría de Salud para los efectos legales a que haya lugar.²⁷¹

4.1.4. Análisis de la Ley de Salud para el Distrito Federal

La reforma a la Ley de Salud para el Distrito Federal fue publicada el 7 de enero de 2008 y entró en vigor el 8 de enero de 2008, modificándose únicamente el Artículo 16 Bis 3, fracción III. Al respecto el artículo 16 Bis y el reformado 16 Bis 3, fracción III, disponen lo siguiente:

Artículo 16 Bis.- La población tiene derecho a una atención médica apropiada, independientemente de la condición económica, cultural, identidad étnica y género del individuo...

Artículo 16 Bis 3.- El usuario tendrá:

.... III. La obligación, por parte del Gobierno del Distrito Federal, del cumplimiento de lo dispuesto en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, siempre y cuando se hayan cumplido con los requisitos establecidos en la misma.²⁷²

De tal manera que los médicos y el personal del servicio de salud deben cumplir con las disposiciones establecidas tanto en la Ley de Voluntad Anticipada como en su reglamento, mencionados y analizados en el Sub- capítulo 4.1.2. de este trabajo.

²⁷¹ Código Penal para el Distrito Federal, Op Cit., artículo 158 Bis,

²⁷² Ley de Salud para el Distrito Federal, artículo 16 Bis 3, fracción III, reformada por decreto publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 7 de enero de 2008, entró en vigor el 8 de enero de 2009.

4.1.5. Análisis de la Ley General de Salud

Derivado de la aprobación de la Ley de Voluntad Anticipa para el Distrito Federal, el 5 de enero de 2009 se publicó en el Diario Oficial de la Federación la reforma de la Ley General de Salud en materia de Cuidados Paliativos²⁷³, reformándose los artículos: 13, fracción I, inciso "B"; 27, fracción III; 59; 112, fracción III; 421 Bis; y Título Octavo Bis (artículos 166 Bis al 166 Bis 21). De igual manera, se adicionaron los artículos: 3, fracción XXX; y 33, fracción IV.

Como consecuencia de estas reformas y adiciones, se prevé como materia de salubridad general el tratamiento integral del dolor²⁷⁴ y como servicio básico de salud la atención médica integral que comprende actividades paliativas²⁷⁵, correspondiendo a los gobiernos de las entidades federativas dentro de sus respectivas jurisdicciones territoriales, organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de los servicios de salubridad relativos a dicho tratamiento integral del dolor.²⁷⁶

Se debe entender por tratamiento del dolor:

Artículo 166 Bis 1: Para los efectos de este Título se entenderá por:

.... IX. Tratamiento del dolor: Todas aquellas medidas proporcionadas por profesionales de la Salud, orientadas a reducir los sufrimientos físico y emocional producto de una enfermedad terminal, destinada a mejorar la calidad de vida.²⁷⁷

Por otra parte, en la Ley General de Salud se faculta a las dependencias y entidades del sector salud, así como a las entidades federativas para promover y apoyar en la constitución de grupos,

²⁷³ Ley General de Salud, reformada por decreto del 5 de enero de 2009 publicado en el Diario Oficial de la Federación, entró en vigor el 6 de enero de 2009.

²⁷⁴ Idem., artículo 3, fracción XXX.

²⁷⁵ Idem., artículo 27, fracción III; y artículo 33, fracción IV.

²⁷⁶ Idem., artículo 13, fracción I, inciso B.

²⁷⁷ Idem., artículo 166 Bis 1, fracción IX.

asociaciones y demás instituciones que tengan por objeto participar en los programas de promoción y mejoramiento de cuidados paliativos²⁷⁸, e incluso orientar y capacitar a la población en la aplicación de los mencionados cuidados paliativos.²⁷⁹

De igual manera, se deberá activar una línea telefónica de acceso gratuito, en los casos de cuidados paliativos que se realicen en el domicilio particular del enfermo en situación terminal, orientar, asesorar y dar seguimiento al tratamiento paliativo, así como de sus familiares o de la persona de confianza hasta el último momento.²⁸⁰

Consideramos que con la adición del artículo 13, fracción I, inciso B y la reforma del artículo 59, se genera confusión ya que el ámbito espacial de validez de la Ley de Voluntad Anticipada es únicamente el Distrito Federal, por lo que esta adición no puede ser aplicable en las entidades federativas, ya que en las mismas no existen leyes que regulen la aplicación de la Ortotanasia.

Por otra parte, se adiciona a la Ley General de Salud un Título Octavo Bis denominado *De los Cuidados Paliativos a los Enfermos en Situación Terminal*, que comprende los artículos 166 Bis a 166 Bis 21. Su objetivo²⁸¹ es:

- a) Salvaguardar la dignidad de los enfermos en situación terminal;
- b) Garantizar una muerte natural en condiciones dignas;
- c) Establecer y garantizar los derechos del enfermo en estado terminal; y
- d) Dar a conocer los cuidados paliativos evitando la obstinación terapéutica.

²⁷⁸ Ley General de Salud, Op Cit., artículo 59.

²⁷⁹ Idem., artículo 112, fracción III.

²⁸⁰ Ib idem., artículo 166 Bis 13.

²⁸¹ Idem., artículo 166 Bis.

Se prevén como derechos de los enfermos en etapa terminal los siguientes:

Artículo 166 Bis 3. Los pacientes enfermos en situación terminal tienen los siguientes derechos:

- I. Recibir atención médica integral;
- II. Ingresar a las instituciones de salud cuando requiera atención médica;
- III. Dejar voluntariamente la institución de salud en que esté hospitalizado, de conformidad a las disposiciones aplicables;
- IV. Recibir un trato digno, respetuoso y profesional procurando preservar su calidad de vida;
- V. Recibir información clara, oportuna y suficiente sobre las condiciones y efectos de su enfermedad y los tipos de tratamientos por los cuales puede optar según la enfermedad que padezca;
- VI. Dar su consentimiento informado por escrito para la aplicación o no de tratamientos, medicamentos y cuidados paliativos adecuados a su enfermedad, necesidades y calidad de vida;
- VII. Solicitar al médico que le administre medicamentos que mitiguen el dolor;
- VIII. Renunciar, abandonar o negarse en cualquier momento a recibir o continuar el tratamiento que considere extraordinario;
- IX. Optar por recibir los cuidados paliativos en un domicilio particular;
- X. Designar a algún familiar, representante legal o a una persona de su confianza, para el caso de que, con el avance de la enfermedad, esté impedido a expresar su voluntad, lo haga en su representación;
- XI. A recibir los servicios espirituales, cuando lo solicite él, su familia, representante legal o persona de su confianza; y
- XII. Los demás que las leyes señalen.²⁸²

Los enfermos en situación terminal mayores de edad en pleno uso de sus facultades mentales pueden expresar su voluntad de forma escrita y ante dos testigos²⁸³ (este documento debe

²⁸² Ley General de Salud, Op Cit., artículo 166 Bis 3.

otorgarse en los términos del Formato de Voluntad Anticipada regulado en la Ley de Voluntad Anticipada y en su reglamento), para suspender el tratamiento curativo, esto es, cancelar todo tipo de medicamento que contrarreste la enfermedad terminal e iniciar con un tratamiento estrictamente paliativo.²⁸⁴ En caso de que el enfermo en situación terminal sea un menor de edad o incapaz, los padres o tutores podrán expresar su voluntad, o a falta de éstos, lo podrá realizar un juez.²⁸⁵

Cabe mencionar que a diferencia de la Ley de Voluntad Anticipada y su reglamento, la Ley General de Salud prevé en su artículo 166 Bis 11 que a falta de los familiares, representante legal, tutor o persona de confianza, en *caso de urgencia*, la decisión de aplicar un procedimiento o tratamiento médico quirúrgico, podrá ser tomada por el médico especialista y/o por el Comité de Bioética de la Institución.²⁸⁶

Al respecto, los médicos tratantes y el equipo sanitario que preste los cuidados paliativos deberán estar capacitados “humana y técnicamente”²⁸⁷, para proporcionar la información necesaria al enfermo en situación terminal cuando el tratamiento curativo no dé resultados y aquél pueda tomar una decisión libre e informada sobre la atención, tratamiento y cuidados de su enfermedad, respetando cada una de las medidas y procedimientos determinados por el enfermo, evitando en cualquier momento la obstinación terapéutica o medios extraordinarios que afecten la calidad de vida y/o la dignidad del enfermo. Con la salvedad de que nunca se podrán

²⁸³ Ley General de Salud, Op Cit., artículo 166 Bis 4 y 166 Bis 5.

²⁸⁴ Idem., artículo 166 Bis 6.

²⁸⁵ Ib Idem., artículo 166 Bis 8.

²⁸⁶ Idem., artículo 166 Bis 11.

²⁸⁷ Ib idem., artículo 166 Bis 14.

suministrar fármacos que acorten o terminen con la vida, ya que la práctica de la eutanasia está prohibida, entendiéndose como eutanasia el homicidio por piedad u homicidio asistido.²⁸⁸

²⁸⁸ Ley General de Salud, Op Cit., artículo 166 Bis 21.

Capítulo 5. Eutanasia: Aceptación o rechazo en la Sociedad Mexicana

5.1. Ideología de la Sociedad Mexicana

Antes de mencionar las posiciones a favor y en contra de la aplicación de la eutanasia, se debe considerar que el individuo, dependiendo de las circunstancias y condiciones emocionales, familiares, sociales, médicas y económicas, puede determinar un valor y sentido a su vida diverso al de otra persona. Sin embargo, su actuar siempre debe estar regulado en un marco jurídico, esto es, su conducta debe estar prevista en el ordenamiento jurídico del Estado, toda vez que el gobernado es titular de derechos y prerrogativas, así como de obligaciones y deberes que deben ser tutelados por los gobernantes, ya que el ser humano se desarrolla en una sociedad donde sus actos pueden afectar los derechos, bienes y esfera jurídica de terceros.

Respecto a la aplicación de la eutanasia en México, no existe mucha información sobre la ideología de la sociedad mexicana. Sin embargo, a partir de las diversas iniciativas de ley que se han planteado, se realizaron algunas encuestas que nos permiten conocer dicha ideología.

En 2007, una encuesta de Mitofsky²⁸⁹ realizada a 3,500 personas obtuvo los siguientes resultados:

a) Por género:

- Masculino: 63.8 % a favor y 29.8% en contra.
- Femenino: 62% a favor y 32.2% en contra.

b) Por edad:

- 18-29 años: 67.5% a favor y 27.9% en contra.

²⁸⁹ www.consulta.com.mx/mail/BS210_170407.html.

- 30-49 años: 53% a favor y 38.3% en contra.
- 50 años en adelante: 53% a favor y 38.3% en contra.

c) Por nivel educativo:

- Sin estudios y con nivel primaria: 50.7% a favor y 40.2% en contra.
- Secundaria y preparatoria: 68.2% a favor y 26.8% en contra.
- Universidad y con estudios superiores: 77.2% a favor y 21.9% en contra.

d) Por nivel socio-económico:

- Bajo: 58% a favor y 37.6% en contra.
- Alto y medio: 73.4% a favor y 22.2% en contra.

Considerando que en la aplicación de la eutanasia la participación del médico es esencial, en 2007 un grupo de investigadores integrado por algunos miembros del Colegio de Bioética, A.C., realizó una encuesta a 2097 médicos de diferentes especialidades, algunos de los cuales trabajan en el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Los resultados de dicha encuesta se publicaron en la revista "Archives of Medical Research", arrojando, entre otros, los siguientes:

a) Cuando un paciente padece una enfermedad con sufrimientos insoportables y solicita a su médico ayuda para morir, el 40% de los médicos afirmó que pueden ayudar a morir al paciente, esto es, aplicar la eutanasia activa, el 44% manifestó que el médico no podía ayudar a morir al paciente y el 16% expresó indecisión.

b) Cuando el paciente se encuentra en estado vegetativo y los familiares les solicitan que el tratamiento se suspenda con la finalidad de provocar su muerte, el 48% de los médicos contestó que aceptarían la petición de los familiares, como una aplicación de la eutanasia pasiva, el 35% manifestó su negativa a actuar a solicitud de los familiares y el 17% restante mostró indecisión.

Los datos más recientes fueron aportados por la Encuesta General Social 2008 de Parametría y El Colegio de México, practicada en febrero de 2008²⁹⁰, con el siguiente cuestionamiento:

Cuando una persona padece una enfermedad que no se puede curar, ¿usted considera que los doctores deberían tener el derecho legal o no de terminar con su vida si así lo quieren el paciente y su familia? Seis de cada 10 mexicanos respondieron afirmativamente. En el Distrito Federal sólo 27% no estuvo de acuerdo y el restante 73% contestó de forma afirmativa.

Por otra parte y respecto a los porcentajes: la aceptación entre los adultos menores de 25 años es de 67%; y los mayores de 55 es del 41%.

Desde una perspectiva religiosa, los mexicanos que son creyentes desaprueban la eutanasia, y quienes no lo son aprueban permitir a un enfermo decidir cuándo morir.

De lo anterior, se desprende que las convicciones religiosas, morales, éticas y profesionales influyen en el actuar de los médicos, así como en la sociedad en general. Con la finalidad de ejemplificar la postura de la sociedad mexicana, en el presente sub-capítulo se desarrollan las posiciones a favor y en contra frente a la aplicación de la eutanasia.

²⁹⁰ www.parametria.com.mx

5.1.1. Posiciones en Contra

Como se ha expresado, la postura de la autora de este trabajo es a favor de la aplicación de la eutanasia. Sin embargo, consideramos conveniente señalar las posiciones en contra.

Derivado de los diversos proyectos que apoyaban y regulaban la aplicación de la eutanasia, diversas organizaciones e instituciones, sobre todo de tinte religioso, manifestaron su postura en contra de la aplicación de la eutanasia.

Un ejemplo de las posturas religiosas es lo mencionado por Jaime Septién, quien en su carácter de director de la revista católica "El Observador de la Actualidad", señala que:

... el gobierno, como no puede (o no quiere) establecer las condiciones para que la vida de todos los gobernados se desarrolle en la normalidad, dedica sus esfuerzos a elaborar leyes que contravengan la normalidad; leyes que hagan sentir que protegen la dignidad del hombre, pero, en realidad, lo único que protegen es la incapacidad de los propios gobiernos para actuar a favor, justamente, de la dignidad del hombre.²⁹¹

De igual manera, la Arquidiócesis de México manifiesta que:

.... los legisladores que promueven la iniciativa sobre voluntad anticipada pretenden engañar y manipular a la opinión pública al evitar llamar a la eutanasia por su nombre y manipulan de forma "grosera y sacrílega" el sufrimiento y testimonio heroico de fe del Papa Juan Pablo II en sus últimos momentos de vida para avalar dicha iniciativa.²⁹²

Asimismo, el semanario católico denominado "Desde la fe":

... acusa a los legisladores locales de presentar su proyecto sobre el tema como una propuesta "light" cuando en realidad representa una verdadera trampa. Al darla a conocer

²⁹¹ El Observador de la Actualidad. *Voluntad Anticipada*. 24 de junio de 2007. Jaime Septién.

²⁹² www.elporvenir.com.mx

como algo misericordioso e inocente, pretenden quitar en la opinión pública el choque psicológico que provoca la palabra eutanasia, y una vez anestesiada la conciencia colectiva, introducir una verdadera iniciativa de eutanasia absolutamente inmoral y criminal... califica como verdaderamente preocupante que los diputados se interesen más en legislar a favor de la muerte que de la vida y estén más interesado en salvaguardar pseudoderechos que en proteger la vida inocente de seres humanos que no pueden defenderse.²⁹³

El Instituto Mexicano de Doctrina Social Cristiana mencionó que:

Eutanasia es siempre una forma de homicidio, pues implica que un ser humano dé muerte a otro, ya mediante la omisión de la atención y cuidados debidos, lo que en principio y por sentido común es moralmente rechazable.²⁹⁴

En igual sentido, el Papa Benedicto XVI, expresó que:

La vida desde su inicio hasta su fin natural, la vida del hombre no es un bien disponible, sino un precioso tesoro que se debe custodiar y proteger con toda atención posible, desde el momento de su inicio hasta su último y natural cumplimiento. La vida "es un misterio" que, por sí mismo, pide responsabilidad, amor, paciencia, caridad de parte de todos y de cada uno. Es más que necesario rodear de atención y de respeto a quien está enfermo y sufre.²⁹⁵

Además de las posturas religiosas, una asociación muy reconocida en nuestro país, el "Comité Nacional Provida," A.C., señala entre los argumentos en contra de la aplicación de la eutanasia los siguientes:

1. La eutanasia legal favorece una "pendiente peligrosa" en contra del derecho a la vida en otros campos.

²⁹³ Desde la fe. *La Iglesia condena la eutanasia*. 25 de junio 2007.

²⁹⁴ www.imdosoc.ensi.com.mx

²⁹⁵ El Informador. *Benedicto XVI defendió la vida desde su inicio hasta su fin natural*. 12 de febrero de 2009.

2. La eutanasia empeora la relación médico-paciente e incluso la relación paciente-familiares.
3. La eutanasia desincentiva la inversión en cuidados paliativos y en tratamientos para el dolor.
4. La eutanasia pervierte la ética médica que desde Hipócrates se ha centrado en eliminar el dolor, no en eliminar el enfermo.
5. La eutanasia no es solicitada por personas libres, sino casi siempre por personas deprimidas, mental o emocionalmente trastornadas.
6. La eutanasia, como el suicidio, es contagiosa. Una vez que una persona deprimida se suicida, otras personas deprimidas de su entorno pueden copiar su comportamiento con más facilidad.
7. La eutanasia dificulta el trabajo de los terapeutas que trabajan con minusválidos, deprimidos, enfermos, ya que aparece con atractiva insistencia como una salida fácil para el enfermo.
8. La eutanasia tenderá a eliminar a los más pobres y débiles. Al desatenderse la oferta en cuidados paliativos, éstos serán un lujo sólo para gente con medios adquisitivos.
9. La eutanasia legal no impedirá las eutanasias ilegales, sino que las potenciará.²⁹⁶

De igual manera, en el Congreso Estatal de Bioética celebrado en Morelia en 2007, el presidente del Centro de Bioética del Estado de Michoacán, Luis Cárdenas Bravo, se pronunció:

En favor de la vida, pero en contra de prolongarla en aquellos casos donde definitivamente se ha declarado que el enfermo está desahuciado, asegurando que como médicos no podemos estar en contra de la vida, pero tampoco en favor de prolongarla innecesariamente con sufrimiento y agonía. Estamos en contra del encarnizamiento terapéutico, pero también en contra de acortar la vida arbitrariamente, no estamos a favor de la eutanasia, ya que ésta es un asesinato, jurídicamente quien la practica comete un delito. Estamos en favor de fortalecer la vida desde un punto espiritual, humano y

²⁹⁶ www.comiteprovida.org

pensando en el dolor que se genera en los familiares. Se ha llegado a confundir la eutanasia con el derecho a una muerte digna; sin embargo, ambos conceptos, aseguró, tienen diferencias abismales, ya que uno implica una muerte que en muchas ocasiones puede responder a otros intereses, mientras que el dejar seguir la muerte implicaría tener al paciente en condiciones adecuadas de higiene, sin dolor, pero sin dejar de retrasar este proceso natural.²⁹⁷

Una vez aprobada la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, el arzobispo Juan Sandoval Iñiguez expresó que:

La iniciativa de ley que presentaron diputados del PRD de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, con el apoyo del Partido Alternativa, para aplicar la eutanasia pasiva en la ciudad de México, pone de manifiesto que los legisladores de dichos partidos políticos nacieron para matar. Aprobar la eutanasia hace más evidente su vinculación con la cultura de la muerte. En verdad, están hechos para matar. Nacieron débiles y les molesta la Creación. Sienten que la vida no tiene sentido, que no vale la pena vivirla con tal amargura, que es mejor morir. Sus enemigos son cada ser que se mueve, que tiene existencia por sí mismo ...²⁹⁸

La directora del Instituto Mexicano de Tanatología, Teresita Tinajero, derivado de la aprobación del Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, criticó la disposición legal para que una menor de 16 años pueda otorgar un Documento de Voluntad Anticipada:

Lo veo mal porque una persona menor de 18 años y además con una enfermedad terminal no está en capacidad para poder tomar una decisión de esta magnitud. Si tiene el consentimiento de los padres sería cuestión de ver su tipo de enfermedad y ver qué alargamiento de la vida puede tener sin llegar a un encarnizamiento terapéutico, porque no quisiéramos llegar a una eutanasia activa.²⁹⁹

²⁹⁷ Cambio de Michoacán. *Congreso Estatal de Bioética en Morelia*. 7 de noviembre de 2007.

²⁹⁸ La Jornada, Jalisco. *Los legisladores del PRD "nacieron para matar", dice Arzobispado*. 25 de junio 2007. Jorge Covarrubias.

²⁹⁹ El mañana. *Aplican el bien morir a partir de los 16 años*. 5 de abril 2008.

Por lo que respecta a los organismos gubernamentales, en el Foro de Bioética de la Universidad Pontificia de México, el presidente de la Comisión Nacional de Derechos Humanos, José Luis Soberanes, indicó que:

... la eutanasia como se denomina a la muerte asistida, carece del sentido de la dignidad, porque delega en manos de un tercero la posibilidad de desconectar, retirar alimento y decidir sobre el término de una vida. La eutanasia es un homicidio inadmisibles que el Estado no debe permitir, el homicidio no puede ser bueno, por el contrario, debe ser castigado. La vida es un bien personalísimo sobre el que nadie puede disponer, sería tanto como avalar la pena de muerte. Pero en caso de que la misma persona sea la encargada de solicitar la eutanasia o muerte asistida, ya sea por testamento vital, como se acostumbra en Estados Unidos o de forma verbal directa, tampoco deberá aceptarse su aplicación, porque detrás de la petición podría esconderse una depresión severa.

La depresión siembra en la persona el deseo de morir. Esto sucede muy a menudo entre los ancianos abandonados por sus familias o que se sienten un estorbo. Cuando a estas personas se les suministra un medicamento adecuado, cambian radicalmente de opinión, por eso no podemos aplicarles la eutanasia, basta con darles cariño... una persona no es dueña de su voluntad para pedir la muerte. No es dueña para decidir sobre su propia muerte y quien se atreva a acatar la disposición cometerá un delito, por lo que una eventual aprobación de la eutanasia colocará al Estado ante la disyuntiva de designar quién cometerá el crimen, quién tendrá la responsabilidad de matar.³⁰⁰

Ahora bien, desde el punto de vista sociológico, se puede estimar que los familiares que participan en la toma de decisión o en la aplicación de la eutanasia, independientemente de las consecuencias jurídicas, podrían ser afectados tanto emocional como socialmente por actuar en contra de las costumbres y hábitos, ya sean propios, del núcleo familiar o del círculo social en donde se desarrollan, esto es, de la sociedad de la que forman parte como individuos. Sin embargo, dicho argumento se funda en las convicciones o principios éticos de cada individuo, los

³⁰⁰ www.cndh.org.mx

cuales pueden ser violentados o respetados por él mismo, ya que en el actuar diario y en ejercicio de la libertad los individuos realizamos u omitimos todo tipo de hechos o actos determinados por las convicciones, hábitos o costumbres que detallan nuestra personalidad, los cuales en algunos casos son rechazados por la sociedad en donde coexistimos, no por ser contrarios a los principios éticos o jurídicos, sino por convertirse en un aspecto innovador o diferente en la ideología de ese entorno. De tal manera que el enfermo antes de decidir la aplicación de la eutanasia, debe realizar un análisis interno para que la decisión sea tomada con un profundo razonamiento de los alcances y consecuencias que tendría su disposición, no solo en su *calidad de vida*, sino también en su *buena muerte*, señalando prudentemente a la persona, que en caso de incapacidad del enfermo, elija la aplicación de la eutanasia con conocimiento pleno de la voluntad de éste.

5.1.2. Posiciones a Favor

Con anterioridad a la aprobación de la “Ley de Voluntad Anticipada” se presentaron los siguientes proyectos, que en su momento consideraban la aplicación de la Eutanasia:

- a) Proyecto presentado el 23 de noviembre de 2006 por el diputado Tonatiuh González Case, del Partido Revolucionario Institucional, enfocado a materia de *eutanasia pasiva y activa*.
- b) Por su parte el 9 de marzo de 2007 el diputado Enrique Pérez Correa, de la Coalición Socialdemócrata, presentó un proyecto de Ley en materia de *Testamento de Vida*.
- c) Finalmente, el 17 de junio de 2007, los diputados locales Víctor Hugo Círiga, Enrique Pérez, Isaías Villa, Sergio Zedillo y Juan Carlos Beltrán, presentaron ante la Comisión Permanente de la Asamblea Legislativa para el Distrito Federal, una iniciativa de la “Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal”, así como diversas reformas y adiciones

al Código Penal y a la Ley de Salud, ambos para el Distrito Federal, iniciativa en la que se expresaba que:

.... a través de este documento se pretende permitir a los enfermos en fase terminal renunciar a todo tratamiento médico en lo que se ha denominado como una eutanasia pasiva, la cual evitaría una prolongada agonía de los pacientes. Además se considera la donación de órganos y para ello se establece que será un notario público que dará vista al Ministerio Público, que integrará el documento de voluntad anticipada...."³⁰¹

Al respecto, el Partido Acción Nacional se pronunció a favor de la aplicación de la ortotanasia, es decir, la posibilidad de que una persona o sus familiares puedan decidir, ante notario, la suspensión del tratamiento médico en caso de enfermedad terminal, procurando una muerte digna.

Simplemente aplaudimos que la Asamblea, las diputadas y diputados estén tomando ese tema, es un tema importantísimo y en el que la Secretaría de Salud participa de una manera estrecha con los asambleístas para ver cuál va ser la responsabilidad y la actuación de la Secretaría de Salud local y de todos los médicos de la Ciudad de México y que tenemos una responsabilidad enorme.... se está tratando el tema sobre la muerte digna, así como cuáles son las medidas que evitarían una medicación más allá de lo que es lógico y congruente establecer para ampliar innecesariamente la vida de una persona que va a fallecer y que está en una situación de angustia, en una situación de muerte inminente, en una situación con problemas familiares muy serios, en una situación económica y muy personal de dolor del propio paciente, y que no es el caso continuar viviendo así.³⁰²

Sin embargo, Manuel Mondragón y Kalb, en su carácter de Secretario de Salud para el Distrito Federal, expresó que:

³⁰¹ El Universal. *Presentan iniciativa para enfermos terminales en Distrito Federal*. 17 de junio de 2007, Mónica Archundia.

³⁰² El Sol de México. *CDHDF y PAN a favor de Iniciativa de Voluntad Anticipada*. 6 de noviembre de 2007. Abigail Cruz.

.... no hemos tocado el término de eutanasia, porque esto deja una incertidumbre, porque la Secretaría de Salud y los médicos no estarían de acuerdo con una eutanasia activa, porque no podemos hacer cosas o actuar en contra de privar la vida, los médicos tenemos un juramento hipocrático donde estamos para procurar la vida y no la muerte, pero una muerte digna, y ésta también es una enorme responsabilidad y en ese acierto estaremos.³⁰³

Por su parte, el presidente de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal, Emilio Álvarez Icaza (en postura contraria a la de José Luis Soberanes, presidente de la Comisión Nacional de Derechos Humanos), manifestó que:

Nosotros hemos venido expresando nuestro respaldo a esa iniciativa; nos parece un mínimo en términos del ejercicio de los derechos humanos de los habitantes de la ciudad, en dos sentidos: el primer sentido es que tengamos la capacidad y la condición jurídica para decidir en momentos críticos de nuestra vida cómo es el fin de nuestra vida, qué hacer y cómo operar y también para liberar de responsabilidad a familiares y médicos.... La muerte es la parte final de nuestra vida y así debemos contemplarlo, analizarlo, es parte del ejercicio de nuestros derechos. En segundo sentido se abre la posibilidad de fomentar la cultura de la donación de órganos y que con esta Ley se pondría al Distrito Federal a la vanguardia en la construcción de un eje de derechos que se han dado en los Países Bajos, y en Inglaterra y en Estados Unidos, entre otros..... con esta Ley se acabará con el modelo paternalista de medicina que permite avanzar para la construcción de uno nuevo que permita el consentimiento informado para que los pacientes en etapa terminal puedan dar su opinión sobre la finalización de su vida.³⁰⁴

En el mismo sentido, Daniel Ordóñez, en su carácter de presidente de la Comisión de Administración y Procuración de Justicia de la Asamblea Legislativa, indicaba que en caso de ser

³⁰³ www.salud.df.mx

³⁰⁴ www.cdhdh.org.mx

aprobada la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, se darían las bases para impulsar en un futuro la eutanasia:

..... tal vez no sea una Ley muy de avanzada, pero se tiene que empezar por algo, ya que no se puede entrar de tajo a la eutanasia que consiste en suministrar una inyección al enfermo terminal para morir. No hay condiciones suficientes en nuestro país para entrarle a la eutanasia, pero es necesario regular la ortotanasia.... Lo peor es criticar y no hacer nada. Es mejor empezar a hacer poco. No es la gran reforma, pero es una iniciativa que sienta las bases rumbo a la eutanasia que en México es un tema tabú...³⁰⁵

La Comisión Nacional de Bioética, órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, sostiene que:

Es muy positivo que exista una preocupación por parte de los legisladores por impulsar leyes que hagan posible que los mexicanos puedan tener una muerte digna. También es deseable y necesario que se genere un debate en la opinión pública sobre este tema. Las diferentes iniciativas de ley que han aparecido -o que tenemos conocimiento que actualmente se comentan- se refieren a la eutanasia activa, la eutanasia pasiva y la voluntad anticipada. Sin embargo, existe mucha confusión sobre los conceptos que se discuten, especialmente cuando se habla de eutanasia.... Cuidados paliativos y eutanasia no son acciones excluyentes, al contrario, son complementarias. Los cuidados paliativos pueden evitar muchas solicitudes de eutanasia, pero también tienen límites. En estos casos es cuando un paciente puede considerar la eutanasia.³⁰⁶

Con relación al ámbito médico, y como lo hemos analizado en el Capítulo 1 de este trabajo, todo médico acepta y se compromete a respetar el Juramento Hipocrático, cuyo dogma prioritario es proteger en todo momento la vida del paciente, evitando su muerte, por lo que podría considerarse que la práctica de la Eutanasia se opone a dicho juramento.

³⁰⁵ El Universal. *Urge regular la voluntad de morir: asambleísta*. 23 de noviembre de 2007, Ella Grajeda.

³⁰⁶ <http://cnb-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/eutanasia.pdf>

Al respecto, la Deontología obliga a los médicos informar al enfermo de la situación médica que enfrenta, ofreciendo las opciones viables para su recuperación, o en su caso, expresar los inconvenientes del rechazo al tratamiento, por lo que la decisión de la aplicación de la Eutanasia es tomada conjuntamente por el paciente y el médico, es decir, se evita violentar la voluntad del enfermo aún y cuando contravenga los principios éticos plasmados en el Juramento Hipocrático, toda vez que la vida que se protege o procura es la del paciente y no la del médico tratante, por lo que el primero debe estar facultado para tomar esa decisión, misma que debe ser respetada por familiares y médicos para su cabal cumplimiento.

Con relación a los diversos *juramentos éticos* que los médicos deben considerar en su profesión, el Colegio de Bioética, Asociación Civil, expresa:

Es tradicional que al hablar de ética médica se haga referencia a diferentes códigos, tanto antiguos como recientes, como el Juramento Hipocrático (en sus versiones clásica, árabe o cristiana), el Código de Asaf, la Plegaria del Médico, atribuida en forma apócrifa a Maimónides, la Ética Médica de Percival, la Declaración de Ginebra, el Código de la Organización Mundial de la Salud, etc. Todos estos códigos son híbridos formados por tradiciones antiguas, por costumbres regionales más o menos limitadas, y por distintos mandamientos religiosos. Su valor es mucho más histórico que actual, o bien, son tan generales, que equivalen a la expresión de muy nobles sentimientos, pero nada más.... el mejor punto de partida para elaborar un código ético médico no es un documento antiguo o una serie de mandamientos no razonados, sino la naturaleza específica de la medicina, definida en función de sus objetivos, que sólo son los tres siguientes: 1) preservar la salud; 2) curar, o aliviar cuando no se puede curar, y siempre apoyar y acompañar al paciente; y 3) evitar las muertes prematuras e innecesarias. La medicina es tan antigua como la humanidad, y a lo largo de su historia ha cambiado mucho, pero desde siempre ha conservado esos mismos tres objetivos, y por ahora no se concibe que en el futuro pueda transformarse tanto como para modificarlos o abandonarlos. De hecho, los tres objetivos mencionados de la medicina pueden resumirse en uno solo, que sería el siguiente: lograr

que hombres y mujeres vivan jóvenes y sanos, y mueran sin sufrimientos y con dignidad, lo más tarde que sea posible.³⁰⁷

Por otra parte, en diversos estudios médicos y psicológicos se ha demostrado que los enfermos terminales llegan a presentar depresión en alguna etapa de la enfermedad, por lo que a consecuencia del temor, tristeza, desesperación o soledad pueden solicitar la aplicación de la eutanasia, y una vez que termina esa etapa de *depresión* su decisión podría cambiar. Es importante señalar que la decisión del enfermo terminal se genera por un *conocimiento informado*, teniendo el médico la obligación de explicar las razones, contraindicaciones y perjuicios al enfermo o a sus familiares para que tomen una decisión basada en el *conocimiento informado*, ejerciendo de esta manera el *derecho de autodeterminación* sobre su vida y el cuidado o terminación de la misma con un entendimiento de las consecuencias de la decisión y no sólo optar por la aplicación de la eutanasia debido a un sentimiento de soledad o tristeza.

De igual manera, el director de la Facultad de Bioética de la Universidad Anáhuac, Oscar Martínez González, en la revista "El Universo Médico", precisó que:

En una normatividad que pretende decirle a los médicos qué hacer provocará que se crucen de brazos y no actúen, porque no necesitamos de una ley en nuestra relación médico-paciente, e incluso hay que considerar que cuando una persona está agotada por una enfermedad puede hacer lo que quiera, y el Estado no tiene por qué intervenir, es innecesaria una ley para darle permiso, cuando de todas maneras en su ambiente familiar lo puede tener, además cualquier persona tiene la facultad de firmar su alta voluntaria para salir del hospital en cualquier momento, si así lo desea. Aun cuando un doctor tiene la tarea de cuidar al enfermo, en el propio paciente y en su familia recaen las decisiones, por

³⁰⁷ Colegio de Bioética, A.C. "Eutanasia: hacia una muerte digna", *Foro Consultivo Científico y Tecnológico*, México, julio 2008, p.19.

lo que es tarea del paciente, su familia y el médico determinar hasta dónde ofrecer atención y hasta dónde se llega al ensañamiento terapéutico.³⁰⁸

Asimismo, el doctor Martínez González advirtió que la Ley de Voluntad Anticipada puede ser el principio de la legalización de la eutanasia.

Considerando todos los argumentos antes citados a favor de la aplicación de la eutanasia, se desprende que las diversas iniciativas de Ley que pretendían regular la aplicación de la eutanasia, en su exposición de motivos tenían como *premisa*³⁰⁹ el respeto a la calidad de vida y dignidad del individuo, así como a la libertad de elegir sobre la no aplicación de tratamientos médicos, con la finalidad de procurar al enfermo una buena muerte o bien evitar el encarnizamiento terapéutico, cuando así lo estime, así como que su decisión o el cumplimiento de la misma se consideren lícitos tanto para el enfermo terminal a quien se aplica la eutanasia como para las personas que intervengan en dicho cumplimiento de la *autonomía individual*.

Por otra parte y como se ha mencionado, finalmente la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal se aprobó el 8 de enero de 2008. Sin embargo a la fecha aún carece de difusión, como lo menciona el periódico La Jornada:

... la ciudadanía sigue a la espera de que el Gobierno del Distrito Federal desarrolle una verdadera y urgente campaña de difusión de la casi desconocida Ley de Voluntad Anticipada, del Reglamento respectivo y del Manual de Funcionamiento de la Coordinación Especializada en Voluntad Anticipada, de la Secretaría de Salud..... los habitantes del D.F., incluido el grueso de los notarios públicos, carecen de la información necesaria que les permita hacer realidad tan valioso documento. De ahí la apremiante necesidad de un folleto breve y claro de amplia distribución. ¿Dónde conseguir el Documento de Voluntad Anticipada? ¿Cuál es el costo de suscribirlo ante notario y el tiempo que requiere? ¿Los

³⁰⁸ El Universo Médico. *Asegura experto que la Ley de Voluntad Anticipada no tiene razón de ser*.31 Mayo 2008.

³⁰⁹ SALDAÑA SERRANO, JAVIER. Objeciones a algunos razonamientos a favor de la Eutanasia. Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, 2006, pp.293-304.

que viven en el resto del país no tienen derecho a una muerte digna? Criterios obsesivos o conciencias estrechas de algunos médicos, ¿pueden invalidar mi Documento de Voluntad Anticipada? La persona que no está en etapa terminal, ¿debe registrar ese documento?, son algunas de las muchas preguntas que requieren respuestas oportunas y accesibles, no burocráticas y complicadas.³¹⁰

Asimismo, Leticia Bonifaz Alfonso, consejera jurídica del Gobierno del Distrito Federal señalaba que debía darse difusión a la Ley de Voluntad Anticipada para que las personas interesadas en otorgar el Documento, con la finalidad de renunciar a tratamientos médicos que prolonguen la agonía en caso de una enfermedad terminal, lo pudieran hacer en la Jornada Notarial del 12 al 24 de mayo de 2008: “la Ley de Voluntad Anticipada sería otro trámite adicional que incluiría la jornada notarial, no sabemos qué tanto vayan a recurrir los ciudadanos esta vez, pero vamos a seguir dándole difusión a esta Ley.”³¹¹

De igual manera, José Ignacio Senties Laborde, presidente del Consejo del Colegio de Notarios de Distrito Federal A.C., explicó que una de las novedades para el trámite del documento de Voluntad Anticipada, será la posibilidad de dar el aviso vía internet:

.... el Gobierno del Distrito Federal ha dado un paso importante en este tema de la Voluntad Anticipada, y el aviso que tenemos que dar los notarios por la manifestación es electrónico. La notificación vía electrónica hace que la información que da el notario por el aviso de la Voluntad Anticipada pase con absoluta integridad, y la otra ventaja de que sea por este medio es que se puede establecer una base de datos de profunda utilidad....³¹²

El Colegio de Abogados Católicos de México, en la mesa redonda: “Ley de Voluntad Anticipada: eutanasia”, celebrada en el Instituto Nacional de Ciencia Penales (INACIPE), consideró:

³¹⁰ La Jornada. *Aprenda a morir*. 29 de septiembre 2008. Hernán González G.

³¹¹ Excelsior. *El bien morir llega a notarias*. 8 de mayo 2008. David Vicenteño.

³¹² www.colegiodenotarios.org.mx

... positiva la Ley de Voluntad Anticipada, porque no contraviene ninguna norma constitucional, lo cual permite en el Distrito Federal aplicar a un enfermo en fase terminal acogerse a tratamientos médicos que permiten mitigar el dolor sin prolongar la vida con tratamientos costosos en hospitales públicos o privados.... no se incurre en un pecado cuando un desahuciado recurre a la ortotanasia, ya que incluso el Papa Juan Pablo II se valió de ella para mitigar los dolores de la enfermedad que le causó la muerte.³¹³

En la revista "Exlege" de la Universidad La Salle, el profesor Refugio Cobián Copado, señaló:

Toda persona mayor de edad y en pleno goce de sus facultades mentales tiene derecho a manifestar sus objetivos vitales y valores personales, así como las instrucciones de ser sometida o no a determinado tratamiento médico, ante un diagnóstico de enfermedad terminal. Asimismo, tiene derecho a expresarlo anticipadamente mediante un documento de voluntad anticipada, que será tenido en cuenta ante la eventualidad de encontrarse imposibilitado de expresar su voluntad, al momento en que determinados tratamientos médicos fueran a serle administrados. Las manifestaciones de voluntad o las instrucciones previstas en el documento de voluntad anticipada, deberán ser respetadas por el médico o el equipo sanitario que le atiendan.³¹⁴

Al respecto, la Coordinación Especializada en Materia de Voluntad Anticipada de la Secretaría de Salud del Distrito Federal tiene registrado, al 20 de julio de 2009, que se han otorgado 216 Documentos de Voluntad Anticipada³¹⁵, en los términos siguientes:

- 1 persona de más de 90 años.
- 25 personas entre los 80 y 90 años.
- 54 personas entre los 70 y 80 años.
- 61 personas entre los 60 y 70 años.
- 48 personas entre los 50 y 60 años.

³¹³ www.inacipe.gob.mx

³¹⁴ www.bajio.delasalle.edu.mx/web3/contenidos/revistas/derecho/numero_1/docentes_cobian.html

³¹⁵ www.salud.df.gob.mx

- 14 personas entre los 40 y 50 años.
- 10 personas entre los 30 y 40 años.
- 3 personas entre los 20 y 30 años.

De los 216 Documentos, 85 han sido otorgados por hombres y 131 por mujeres. En 102 Documentos se especificó la voluntad de donar órganos, en 95 no se aceptó donar órganos y en 19 no se hizo ninguna precisión sobre este aspecto.

Por Delegación Política, en el Distrito Federal se han otorgado Documentos de Voluntad Anticipada de la siguiente forma:

Álvaro Obregón: 40	Iztacalco: 4
Azcapotzalco: 1	Iztapalapa: 1
Benito Juárez: 31	Magdalena Contreras: 7
Coyoacán: 23	Miguel Hidalgo: 54
Cuajimalpa: 11	Tlalpan: 16
Cuauhtémoc: 10	Venustiano Carranza: 1
Gustavo A. Madero: 1	Xochimilco: 3

Igualmente, la Coordinación Especializada señala que en diversos hospitales públicos o privados, al 20 de julio de 2009, se han otorgado 15 Formatos de Voluntad Anticipada³¹⁶, de los cuales 2 han sido revocados, en 8 el paciente ha fallecido antes de su aplicación, y solo un formato ha sido suscrito por los padres de un menor de edad.

³¹⁶ www.salud.df.gob.mx

De todo lo antes relacionado, se desprende que la sociedad mexicana ha aceptado la aplicación de la ortotanasia, lo cual podría marcar la pauta para la aplicación de la eutanasia en su forma pasiva o activa, ya que en atención al sufrimiento que padecen los enfermos terminales o desahuciados, éstos deben estar facultados para elegir la forma y términos de su muerte, con base en el respeto a la vida, la libertad y la dignidad, evitando en cualquier circunstancia el encarnizamiento terapéutico que deteriore la calidad de vida, aplicando en todo caso cuidados ordinarios y tratamientos paliativos al enfermo, todo ello en ejecución del respeto a la libertad individual radicada en la autonomía de la voluntad, por lo que el actuar del enfermo, familiares o del médico de no recurrir a tratamientos curativos que impliquen la obstinación terapéutica, debe considerarse *lícito en conciencia*, ya que dichos tratamientos curativos suponen la innecesaria prolongación de la vida, con el afán de promover la evolución médica, que solo provoca una desvirtualización de la dignidad y calidad de vida del enfermo. Por lo que al respetar el derecho de los pacientes a decidir terminar con su vida y así sea pedido al médico, considerando que éste cumpla con la decisión del enfermo, el Estado debe garantizar que esos derechos del paciente y el actuar del médico no sean tipificados como ilícitos.

De igual manera y en razón de que la sociedad mexicana es laica y pluralista, en donde las personas tienen libertad para satisfacer sus necesidades mientras viven y al final de la vida, conviviendo individuos que no están de acuerdo con la aplicación de la eutanasia con quienes están a favor de su aplicación, el Estado y los mismos miembros de esa sociedad deben respetar y garantizar ambas posturas, facultando al enfermo a tomar la decisión de pedir ayuda para morir, afrontando el proceso con plena dignidad, en compañía de sus familiares y morir en condiciones óptimas, sin arriesgar *jurídicamente, directa o indirectamente*, a ninguna persona.

5.2. Análisis y crítica filosófica y/o bioética frente a la eutanasia

En el ámbito de las corrientes filosóficas, en la época de David Hume se creía que no era posible derivar ningún deber de las cosas, entendiendo como cosa cualquier objeto. De tal manera, que los valores derivan de nuestra voluntad o de nuestro libre albedrío y no de las cosas.

Por lo que respecta a la corriente del empirismo, se señala que las decisiones *buenas o malas* son decisiones irracionales o reacciones emocionales, por lo que considera a *los valores* como una idea subjetiva. Para esta corriente no existe ningún parámetro, ya que las *ideas o puntos de vista* son diferentes de una a otra época o sociedad, provocando incertidumbre al individuo frente al Estado respecto de sus derechos y el ejercicio de los mismos.

Las corrientes filosóficas en relación con los derechos humanos permiten al legislador, a través de juicios de valor plasmados en normas jurídicas o principios de justicia, establecer propuestas a favor de la dignidad de la persona entendiéndola de distintas maneras y en cada caso pugnando para que estos derechos humanos sean respetados por el Estado.

Por su parte, la bioética se encarga de temas relacionados con la atención de salud, así como la relación médico-paciente, el consentimiento informado, la utilización de nuevas tecnologías médicas y la continuación o no de un tratamiento, esto es, se examina la conducta a través de los valores y principios éticos.

La bioética se identifica más como la ética de la ciencia, definida como el conjunto de leyes que regulan el uso de la razón para discernir un proceso racional científico de uno no científico. Responde hacia una vida de calidad de los seres vivos, entre los cuales se encuentran los seres humanos, reconociéndoles el derecho de vivir y morir con el mínimo

de sufrimiento posible y siempre con el más alto acceso a los cuidados que favorezcan su bienestar, a partir de los parámetros de la sociedad en que se desenvuelven.³¹⁷

La bioética esta vinculada con la filosofía, porque la primera (bioética) utiliza las teorías o principios éticos y filosóficos, así como el *método de argumentación crítico-reflexiva*, para resolver los problemas o dilemas éticos con los que se enfrenta, los cuales en su mayoría son temas filosóficos, como: la noción de la persona, la justicia, la autonomía y el valor de la vida, la dignidad de la persona, la muerte, los derechos humanos, que son estudiados con una reflexión meramente filosófica, que permite perspectivas diversas y establecer distintas posturas derivadas del análisis de los elementos subjetivos, todo ello desde una perspectiva ética y filosófica, como la axiología, las costumbres, convicciones y creencias religiosas, con la finalidad de identificar los valores y normas que regulan el *actuar de la persona*, respetando el orden jurídico y social establecido por el Estado, así como el código moral y ético.

La bioética se estructura en dos niveles: (i) *vida moral* privada (autonomía y beneficencia); y (ii) *vida moral* pública (justicia y autoridad política), en donde en caso de conflicto entre ambos niveles siempre debe prevalecer el nivel de vida moral privado sobre el público.

De igual manera, la bioética se fundamenta en cuatro principios, que son:

- a) De Autonomía: la autoridad de las acciones que implican a otros en una sociedad pluralista secular tienen su origen en el permiso de éstos, de tal manera que sin dicho consentimiento no existe autoridad, implica el respeto por las personas, sus opiniones y elecciones.
- b) De beneficencia: se basa en el logro de beneficios evitando perjuicios. Se sustenta en el principio de autonomía, dado que implica el respeto por el otro a fin de evitarle

³¹⁷ MARQUEZ MENDOZA, OCTAVIO. Bioética laica y derechos humanos. Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México. 2004. p. 27

males, es decir, obliga a no hacer daño y extremar los beneficios al minimizar los riesgos.

- c) De justicia: procede del principio de autonomía y se constituye en el terreno del respeto recíproco, dado que violar la propiedad equivale a violentar a la persona del propietario, debido al estrecho vínculo establecido entre ambos. Existen tres tipos de propiedad: individual, comunitaria y general.
- d) De autoridad política: se deriva del consentimiento otorgado por los gobernantes a partir de un mutuo acuerdo que se basa en la protección de los inocentes contra el uso de la fuerza no consentida, el cumplimiento de los contratos y la creación de los derechos a recibir asistencia social mediante la utilización de recursos colectivos.³¹⁸

Respecto a la aplicación de la eutanasia, la bioética establece los principios básicos para que el paciente sea considerado como un ser humano competente y capaz de tomar decisiones médicas sobre su salud e incluso sobre la vida, evitando en todo momento el sufrimiento y respetando su dignidad.

Considerando lo antes expuesto y en razón de que a lo largo de la historia la regulación de los derechos humanos ha atendido a la existencia, el desarrollo y las necesidades de las personas, sin dejar de prever en ningún caso la dignidad humana, a continuación se expresan algunas posturas y argumentos a favor de la regulación de la eutanasia en nuestro país apegados a la Constitución así como al sistema jurídico.

a) Derecho a la Vida

La vida es un derecho fundamental que le otorga a la persona su propia naturaleza de ser humano, la cual tiene como ciclo vital la muerte. El ejercicio del derecho a la vida no puede ser afectado en sus facultades físicas o mentales, por lo que el Estado debe garantizar su ejercicio.

³¹⁸ Idem., p.32

Desde una perspectiva filosófica jurídica se define el derecho a la vida, como:

... el derecho que tenemos a conservar nuestra integridad corporal físico somática, nuestro ser sustancial, de modo que podamos cumplir plenamente nuestro destino. El derecho que tiene todo hombre a mantener y conservar su vida plena, su salud corporal, su ser físico de hombre, todo lo cual constituye el requisito indispensable para poder llegar a ser lo que está llamado a ser.³¹⁹

El derecho a la vida está previsto en todo ordenamiento nacional, así como en los Tratados, Convenios o Declaraciones Internacionales, por lo que el Estado debe salvaguardar la titularidad del ejercicio en cada uno de sus gobernados, evitando actos que atenten contra dicho derecho. Estos ordenamientos generalmente comprenden, entre otros, la aplicación o no de la pena de muerte, la legítima defensa, la tortura, la esclavitud, protección a la integridad física (disposición de los órganos post-mortem) y derecho a la salud.

Al respecto, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos no prevé de manera específica el derecho a la vida. Sin embargo, en diversos artículos y fragmentos hace referencia a dicho derecho, ya que en el sistema jurídico mexicano la *vida* es el *bien jurídico* mayor tutelado, pues ni siquiera el Estado en su facultad punitiva puede imponer una pena que atente contra la vida.

El artículo 1 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, indica:

En los Estados Unidos Mexicanos todo individuo gozará de las garantías que otorga esta Constitución, las cuales no podrán restringirse ni suspenderse, sino en los casos y con las condiciones que ella misma establece.³²⁰

³¹⁹ PUY, FRANCISCO. "Fundamento ético- jurídico del derecho a la vida". *Persona y derecho*. Volumen II. España, Editorial. Universidad de Navarra, 1975, p. 91.

³²⁰ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 1, aprobada el 1 de diciembre de 1916, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917.

Asimismo, en su artículo 22, prohíbe la pena de muerte:

Quedan prohibidas las penas de muerte, de mutilación, de infamia, la marca, los azotes, los palos, el tormento de cualquier especie, la multa excesiva, la confiscación de bienes y cualesquiera otras penas inusitadas y trascendentales.³²¹

De tal manera que las leyes, reglamentos u ordenamientos federales o locales que emanan de la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos, así como los tratados internacionales a que se ha adherido o han sido ratificados por nuestro país, deben prever el derecho a la vida y reconocer las libertades que derivan de la misma, ya que como lo hemos mencionado, sin la vida el individuo no podría ejercer ningún tipo de libertad individual, física, ideológica o económica, toda vez que a través de la libertad de decisión o del libre albedrío sobre la persona, los bienes, derechos y obligaciones, se ejerce el *principio de autonomía* fundamentada en la *autonomía personal*, permitiendo al individuo realizar cualquier tipo de actos, siempre y cuando no afecten los intereses, bienes y derechos de terceros. Algunos ejemplos de ello son la donación de órganos y el aborto, en los que la persona dispone de su cuerpo e incluso en el aborto puede considerarse que se decide por un tercero, o sea el feto o producto. Ambas hipótesis, aborto y donación de órganos, son regulados y permitidos en nuestro país, fundamentándose en la facultad de todo individuo a la *autonomía personal y libertad* sobre su vida o cuerpo, a través de la manifestación de la voluntad.

Con relación a la eutanasia, el orden jurídico de nuestro país en atención al reconocimiento del derecho a la vida y a la *autonomía individual* puede facultar al individuo para determinar su *buena muerte*, esto es, indicando con un *conocimiento informado* los términos, condiciones y procedimientos, tanto para aceptar o rechazar un tratamiento, precisando las acciones u omisiones a seguir para lograr su *buena muerte*, sin temor a actuar ilícitamente.

³²¹ Idem., artículo 22.

... si se admite que la vida no tiene un valor absoluto sino *prima face*, y se reconoce el derecho de un individuo a su propio cuerpo, tal derecho implica el terminar la vida cuando ese individuo lo desee, porque éticamente no existe ningún impedimento para hacer valer la autonomía del paciente.... si el paciente y el médico están de acuerdo en todas las circunstancias fácticas del caso y se acepta que el deber del médico consiste en restaurar la salud y aliviar el dolor, no puede existir más que un deber moral correlativo por parte del médico al derecho del paciente a morir.³²²

Toda persona tiene derecho a la vida y por ende el derecho a morir, esto es, el derecho a disponer de la vida, el derecho a combatir la muerte, así como aceptar la muerte o bien a decidir el momento y circunstancia de su muerte, es decir, el derecho a morir con dignidad.

En la aplicación de la eutanasia, algunos consideran que se vulnera el *principio de inviolabilidad* de la vida, al anteponer a este principio otros principios. Lo anterior supone darle un enfoque *utilitarista* al derecho a la vida. Tales consideraciones las estimamos equivocadas porque el derecho a la vida no se contrapone con el derecho a morir con dignidad, ya que el segundo (derecho a morir con dignidad), deviene del primero (derecho a la vida). Cuando la vida es afectada por encarnizamiento terapéutico, por agonía prolongada o sufrimientos insoportables, el derecho a morir con dignidad debe estar por encima del mismo derecho a la vida, porque salvaguarda la integridad física o emocional de la persona y respeta su voluntad, así como su dignidad, pues cuando la vida impide el desarrollo del ser humano, se convierte solo en un *valor biológico* que permite la existencia perdiendo su sentido de *humanidad*, por lo que en estas circunstancias se debe facultar a la persona para disponer de su vida, considerando esa disponibilidad como un derecho de la persona humana, mediante el cual determina su muerte digna, todo ello para evitar sufrimientos físicos o mentales, el menoscabo de la calidad de vida, la pérdida de conciencia, o bien la dependencia de *maquinaria* para su subsistencia, que solo

³²² FARREL, MARTÍN. La ética del aborto y de la eutanasia. Editorial Abeledo-Perrot, Buenos Aires, 1985, p. 111.

prolongan la agonía que en cualquier vertiente provocará la *muerte*, de manera que a través de la aplicación de la eutanasia se faculta a cualquier persona a determinar la *forma y circunstancias* de terminar con su vida, es decir, provocar la muerte sin sufrimientos, una muerte digna.

b) Dignidad Humana

La dignidad humana es un valor fundamental, que filosófica y éticamente se considera como un elemento subjetivo de los valores, ya que el ser humano sin la *dignidad humana* no podría gozar de un *orden superior en el universo*. Al respecto, Kant menciona:

.... existen cosas máspreciadas que la vida, vivir no es algo necesario, pero sí lo es vivir dignamente, ni el infortunio de un destino adverso deben desalentarlos para continuar viviendo, en tanto que pueda vivir dignamente como corresponde hacerlo a un hombre... ³²³

La dignidad es inherente a la persona y no puede ser excluída de su naturaleza de *ser humano*, toda vez que aún antes de la *capacidad jurídica*, la dignidad es reconocida, aceptada y ejercida por el individuo como un valor supremo que debe ser garantizada por el Estado. De tal manera que por su propia naturaleza, la dignidad humana es un elemento esencial del *ser humano* y por tanto todo ser humano es *digno*.

... permitir al paciente poner término a sufrimientos innecesarios y degradantes que no le permiten llevar una vida digna, sino dolor y agonía, situación que atentaría con el libre desarrollo de su personalidad y su dignidad como persona humana, evitando ser sometido a un encarnizamiento terapéutico, ante los avances de la ciencia médica y el deseo de los médicos de mantener con vida a un ser sin esperanzas de recuperación. ³²⁴

³²³ DIAZ ARANDA, ENRIQUE. "Del suicidio a la eutanasia". *Revista de la Facultad de Derecho de la Universidad Nacional Autónoma de México*. Tomo XLIV, número 194, 1994, p.129

³²⁴ HERRERA OCEGUEDA, JOSE RUBEN. La necesidad de legalizar la eutanasia en México. Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, México, 2004, p. 111.

Por lo antes mencionado y de acuerdo al autor José María Romero, podemos considerar que la dignidad se divide en:

a) Sustancial y accidental: se considera la dignidad en cuanto al ser en sí mismo.

Es sustancial la dignidad que dimana de la esencia del ser. Es accidental cuando el ser recibe determinaciones, que no brotan de sus cualidades específicas, que lo hacen ser mejor.

b) Propia, subordinada, supraordinada y coordinada: se mira al ser en sus relaciones con otros seres.

La dignidad propia es la del ser que no necesita de ningún otro tipo de ser para ser lo que es; es el ser que en sí mismo tiene, de una vez y para siempre, todas sus perfecciones. Es la dignidad que le compete a Dios. La dignidad subordinada es la de los seres que dependen en su existencia de un ser superior y anterior a ellos. Es el caso de las criaturas. Algunas de éstas se encuentran coordinadas entre sí y otras supraordinadas. Son supraordinadas las criaturas que son unas más perfectas que otras. V. gr.: el hombre tiene dignidad supraordinada a la dignidad de los animales, de las plantas y de las cosas; esto es, los felinos tienen dignidad supraordinada a los insectos, y éstos a las plantas, etc. Finalmente, la dignidad coordinada es la que se da entre iguales de la misma especie, como es el caso de los hombres, cuya dignidad es la misma, pues todos los individuos de la especie son supuestos de naturaleza racional.³²⁵

La dignidad está intrínsecamente vinculada con la vida ya que sin esta última la dignidad no podría ser ejercida ni los derechos humanos que derivan de la misma. De igual manera, la dignidad se debe considerar como un derecho básico y fundamental de todo ser humano que debe ser respetada en todo momento sin importar nacionalidad, raza, credo o sexo, tanto por otros individuos como por las dependencias gubernamentales del Estado, propio o ajeno y por los organismos internacionales. Al respecto, el autor Humberto Noriega, expresa que:

³²⁵ ROMERO BARÓ, JOSÉ MARÍA. Lógica y ontología en la epistemología de Mauricio Beuchot. *Revista Espiritu*. Volumen XL, Editorial Instituto Balsámico, Barcelona, 1991.

La dignidad de la persona es el valor básico que fundamenta los derechos humanos, ya que su afirmación no sólo constituye una garantía de tipo negativo que protege a las personas contra vejaciones y ofensas de todo tipo, sino que debe también afirmar positivamente a través de los derechos el pleno desarrollo de cada ser humano y de todos los seres humanos.³²⁶

La persona desde el nacimiento hasta la muerte conserva la dignidad, por lo que en todo momento debe recibir un trato humano, es decir, un reconocimiento a su personalidad jurídica como persona para vivir dignamente, correspondiéndole al Estado garantizar y promover la dignidad, así como los derechos humanos que de ésta derivan, en las relaciones entre particulares y con el mismo Estado. Lo anterior, considerando que la dignidad es una calidad natural de la persona, toda vez que el individuo es siempre el *sujeto* de derecho y nunca un *objeto o instrumento* para los fines, es decir, la persona es el valor jurídico supremo.

Por otra parte, debemos considerar que el reconocimiento de la dignidad humana deriva del texto constitucional, del cual emana el fundamento de los derechos humanos y el principio del ordenamiento jurídico nacional, donde el Estado debe permitir que todo individuo tenga igualdad de circunstancias respetando la dignidad de la persona y procurando el bien común. Lo anterior en el entendido de que el derecho positivo no crea los derechos humanos, sino que los reconoce y obliga a garantizar su ejercicio como elementos esenciales de la persona humana, ya que a través del reconocimiento de cada uno de los derechos humanos se está reconociendo la dignidad que protege y respeta al ser humano. De ahí que al *desconocer* los derechos fundamentales se estaría *desconociendo* la calidad de ser humano de la persona y por tanto la dignidad que estos derechos protegen. En ese sentido, tanto los ordenamientos internacionales

³²⁶ NOGUIERA ALCALA, HUMBERTO. Teoría y dogmática de los Derechos Fundamentales. Op Cit., p. 145.

como nacionales, deben reconocer los derechos y libertades fundamentales de la persona y en consecuencia respetar la dignidad humana.

Los ordenamientos que consideran a la dignidad humana dentro de su texto, además de los ya mencionados, son: la “Declaración de las Naciones Unidas sobre la protección de todas las personas contra la tortura y tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes”, aprobada el 10 de diciembre de 1984, que entró en vigor el 26 de junio de 1987; la “Declaración sobre eliminación de la discriminación de la mujer”, aprobada el 18 de diciembre de 1979, entrando en vigor el 3 de septiembre de 1981; la “Convención Internacional sobre la represión y el castigo del crimen del Apartheid” del 30 de octubre de 1973; la “Carta Social Europea”, de fecha 18 de octubre de 1961; la “Convención Internacional de eliminación de todas las formas de discriminación racial”, aprobada el 21 de diciembre de 1965; y la “Convención sobre Derechos del Niño”, aprobada el 20 de noviembre de 1989.

En la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos se prevé a la dignidad en el artículo 1, que dice:

Artículo 1o. En los Estados Unidos Mexicanos todo individuo gozará de las garantías que otorga esta Constitución.... Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.³²⁷

Así pues, se debe evitar que los pacientes con enfermedad terminal o incurable, sean sometidos a tratamientos inhumanos o degradantes, que además de ser muy costosos, afectan su voluntad de morir con dignidad, toda vez que lo único que debe ser respetado es la voluntad del enfermo,

³²⁷ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 1, aprobada el 1 de diciembre de 1916, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917.

y no la actitud *distanásica* de los médicos de mantener con vida a la persona para promover los avances de la medicina, pero con sufrimientos graves, tratos inhumanos y degradantes, a sabiendas de que existe una voluntad de morir con dignidad. Esto es, que a pesar de que la persona no tenga plenitud física o sómatica que le permita cumplir con sus metas y desarrollo de vida plena, se le niegue la aplicación de la eutanasia, es decir, se le niegue el derecho a una muerte digna.

c) **Ética y Derecho**

El derecho se auxilia de la ética para realizar reflexiones teóricas y filosóficas respecto de los actos realizados por los individuos, determinando qué actos o hechos son *buenos* y *que actos son malos*, dependiendo de las costumbres y convicciones de la comunidad a qué pertenecen dichos individuos, mismas que el legislador debe encuadrar en las normas y que el juez debe considerar en la interpretación o aplicación de la ley.

Considerando lo anterior, en la actualidad la ética y el derecho están rezagados respecto de los avances científicos y médicos, porque no se cuenta con *principios* suficientes que den solución a los problemas prácticos de la *ética*, como lo son la eutanasia, el aborto, la clonación y la donación de órganos, entre otros. Ahora bien y en el entendido de que el Derecho debe regular las relaciones entre particulares, entre instituciones y entre particulares e instituciones, como lo hemos visto en el Capítulo 3 de este trabajo, al desarrollar el sub-capítulo *Cronología de Casos y Hechos de Eutanasia en el Mundo*, podemos comprobar que los hechos se presentaron ante las autoridades o ante el personal de salud de cada Estado, sin tener los elementos necesarios para dar una respuesta, solución u opinión viable al caso o hecho que se ventilaba, por lo que el Estado realizó adecuaciones a su orden normativo o bien creó nuevos ordenamientos para regular este *tipo* de relaciones entre particulares y entre particulares con el mismo Estado, con la

finalidad de proteger los intereses de terceros sin violentar la esfera jurídica de cada uno de sus gobernados para que se actúe en un Estado de Derecho, evitando un *caos jurídico*. Sin embargo, aún no se resuelven los aspectos reales de la sociedad y su continua evolución. Al respecto, la “Fundación Miguel Estrada Irtubide, A.C.” expresa que:

La legislación sobre la eutanasia ha suscitado un intenso debate ya que se encuentra estrechamente vinculada a cuestiones de índole ética. Uno de los problemas principales que enfrentaría con la legalización de la eutanasia sería el denominado efecto palanca, esto es, la legalización de esta práctica bajo ciertos supuestos, éstos acabarían por justificar moralmente, al cabo de cierto tiempo, otros supuestos que podrían conducir hacia una justificación de prácticas de eutanasia..... Es decir, si moralmente (y legalmente) se justifica un primer paso (A), entonces como progresión natural se darán otros sucesivos (B, C, etc.). De suerte que cualquier paso subsiguiente relacionado con el primero resultará moralmente justificable.³²⁸

De tal manera, que el gobernado puede ejercer su derecho de libertad sin temor a cometer un acto ilícito tanto en el ámbito moral como en el jurídico, sin temor al *paternalismo jurídico*:

El paternalismo jurídico sostiene que siempre hay una buena razón a favor de una prohibición o de un mandato jurídico impuesto también en contra de la voluntad del destinatario de esa prohibición o mandato, cuando ello es necesario para evitar un daño (físico, psíquico o económico) a la persona a quien se impone esa medida. Tal paternalismo se justifica cuando la prohibición o el mandato se dirigen a personas incompetentes, no se justifica cuando se trata personas competentes, es decir individuos que hacen valer su autonomía personal.³²⁹

Es en estas condiciones, el Derecho debe tratar de estar a la vanguardia de los acontecimientos sociales, ya que dejaría en incertidumbre jurídica a los individuos al desconocer éstos las

³²⁸http://www.fmei.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=57:la-eutanasia-voluntad-anticipada-cuidadospaliativos&catid=46:articulos.

³²⁹ GARZON VALDES, ERNESTO. “¿Es éticamente justificable el paternalismo jurídico?”. *Revista Doxa*. Número 5, 1988, p.156.

repercusiones jurídicas que provocaría su actuar, de tal manera que los legisladores deben plasmar en las normas las convicciones éticas que provocan en los individuos determinados actos u omisiones, procurándoles justicia, bien común, certeza y seguridad jurídica.

d) Aspecto Medico

Como ya se ha expresado, la participación de los médicos o personal de salud en la aplicación de la eutanasia está basada en la *ética médica* (deontología), donde el médico no solo cura el dolor, también ayuda a la *buena muerte* del enfermo, esto es, que debe informar al enfermo de su estado de salud, los tratamientos curativos, o en su caso los cuidados paliativos que pueden ser aplicados, indicando las razones y perjuicios, para que el enfermo o sus familiares tomen la decisión de la aplicación de la eutanasia con un *conocimiento informado* que el médico le proporciona para mejorar la *calidad de vida* como enfermo terminal, todo ello en ejercicio del *derecho de autodeterminación* (el derecho de autodeterminación permite a todo individuo a través de su *libre albedrío* ejercer sus derechos como *ente independiente* respecto de otros individuos). De tal manera que la decisión es tomada conjuntamente por el médico y por el enfermo, evitando sufrimientos innecesarios al aplicar tratamientos curativos que degenerarán la salud del enfermo disminuyendo su dignidad o calidad de vida por la obstinación o encarnizamiento terapéuticos.

.... la esencia y la naturaleza de la medicina se definen en función de la relación médico-paciente. En vista de lo anterior, es posible construir un código de ética médica laica basado en los objetivos de la medicina y centrado en la relación médico-paciente. En principio, puede aceptarse que los objetivos de la profesión podrán alcanzarse mejor cuando la relación médico-paciente se dé en las condiciones óptimas. Este principio es razonable, se refiere en forma específica a la práctica de la medicina y no está influido por reglas de ética general o por ideologías religiosas. De este enunciado se desprende que todo aquello que se oponga o interfiera con la instalación y la conservación de una relación

médico-paciente óptima será éticamente malo, deberá considerarse como una falta de ética médica. En cambio, todo lo que favorezca al establecimiento y la persistencia de una relación médico-paciente óptima será éticamente bueno, deberá calificarse como positivo desde un punto de vista ético médico.³³⁰

El *conocimiento informado* antes referido, está integrado por tres elementos: información, competencia y voluntad, que consisten en lo siguiente:

- a) La información consiste en que el médico informe al paciente acerca del diagnóstico, pronóstico, riesgos y beneficios de las opciones del tratamiento propuesto;
- b) La competencia se refiere a que el paciente sea capaz de comprender la información, apreciar la situación y sus consecuencias, manejar racionalmente la información y comunicar su elección del tratamiento propuesto; y
- c) La voluntad significa que el paciente elige con libertad, sin ningún tipo de coerción indebida por parte del médico ni de ninguna otra persona.³³¹

De ahí que es prudente considerar que el médico tiene la responsabilidad profesional de reconocer los límites de la medicina y proporcionar una buena muerte a petición del enfermo, o bien a petición de los familiares facultados para ello, toda vez que la decisión y en consecuencia el actuar del médico derivan del conocimiento informado y autodeterminación del paciente, en donde el médico no actúa como *árbitro*, actúa por motivos altruistas y piadosos que en ese orden de ideas no deben ser considerados en *conciencia* como *ilícitos*, toda vez que acortar el sufrimiento o agonía del enfermo evita que su condición médica continúe deteriorándose, mejorando la calidad de vida y respetando su dignidad como persona a través de la aplicación de los cuidados paliativos.

La toma de decisiones en el cuidado de salud debe ser un proceso compartido entre el paciente (o el representante del paciente en caso de que éste se encuentre incompetente)

³³⁰ Colegio de Bioética, A.C. "Eutanasia: hacia una muerte digna", Foro Consultivo Científico y Tecnológico, México, julio 2008, p.20.

³³¹ RIVERA BENITEZ, CESAR. Op Cit., pp. 68-70.

y el médico. Cada uno es indispensable para una buena toma de decisiones. Por supuesto, esto no significa el rechazo a la concepción de la salud como una norma biológica, sino a la pretensión de que la única finalidad adecuada de la medicina sea la salud. Más bien, la medicina debe proporcionar el tratamiento que mejor permita a los pacientes con éxito sus planes de vida.³³²

De igual manera, el Foro Consultivo Científico y Tecnológico del Colegio de Bioética, Asociación Civil expresa:

... las decisiones acordadas entre médico y paciente tienen como fin tratar de curar su enfermedad, y el tiempo en que todo esto sucede varía en función de muchos factores que dependen del paciente, su enfermedad y la atención que recibe. Cuando el médico se da cuenta de que los tratamientos son inútiles para lograr la curación, debe cambiar su objetivo y acordar con su paciente las acciones médicas para aliviar su dolor y otros síntomas que lo afecten. Ésta es una decisión muy difícil, no porque haya duda de que esto sea lo más conveniente, sino porque se requiere admitir, en la comunicación entre médico y paciente, que éste se encuentra en la etapa final de su vida.³³³

En relación con este tema, es importante destacar que el Comité Nacional de Bioética de México fue creado para tutelar el derecho a la vida y fomentar la salud a través de la creación de leyes que permitan a los individuos tener una mejor calidad de vida, regulando la actuación de los servicios de salud, así como la de los profesionales que prestan servicios en las instituciones de salud, impulsando su filosofía moral y ética médica para preservar una vida digna que respete la integridad del cuerpo y mente de los enfermos.

Dicho Comité Nacional de Bioética de México considera que los médicos deben respetar los siguientes principios bioéticos:

³³² VAZQUEZ, RODOLFO. Algo más sobre suicidio asistido y eutanasia, Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, 2005, p 67

³³³ Colegio de Bioética, A.C. "Eutanasia: hacia una muerte digna", Op cit, p.41.

- a) Promover la beneficencia;
- b) Evitar la maleficencia;
- c) Respetar la autonomía; y
- d) Actuar con justicia.³³⁴

Los principios antes mencionados se prevén considerando que los seres humanos desde la concepción hasta la muerte tienen derecho a la salud física y emocional para un desarrollo óptimo en su calidad de vida y en sus interrelaciones con otros individuos, permitiéndoles que en caso de enfermedad puedan determinar los servicios médicos necesarios para su cuidado, así como la suspensión de los mismos para continuar con una calidad de vida digna, por lo que el servicio de salud y los médicos deben promover la salud y calidad de vida aplicando sus conocimientos y convicciones bioéticas en respeto a la beneficencia, autonomía, derechos humanos y dignidad del enfermo, actuando bajo los lineamientos permitidos por la ley para evitar responsabilidades jurídicas.

e) Hecho Lícito

Antes de explicar por qué la práctica de la eutanasia no es un *hecho ilícito*, debemos expresar que la *muerte* se define (médicamente) como la suspensión permanente de las funciones cardiorespiratorias, como lo señala la Ley General de Salud en el artículo 34 en los siguientes términos:

Art. 344. La muerte cerebral se presenta cuando existen los siguientes signos:

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

³³⁴ VELASCO SUAREZ, MANUEL. *Derecho y salud, su protección y fomento*. Bioética para el respeto al derecho a la vida y promoción de la Salud. Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México. México, 2005, p. 197

estímulos noniceptivos. Se deberá descartar que dichos signos sean producto de intoxicación aguda por narcóticos, sedantes, barbitúricos o sustancias neurotrópicas.³³⁵

Así, la práctica de la eutanasia no se equipara a un delito como el homicidio³³⁶, porque en la eutanasia el sujeto pasivo es un enfermo terminal o moribundo que expresa su voluntad, y el agente (médico o personal de salud) actúa a solicitud del sujeto pasivo y por motivos de compasión, piedad o misericordia, con la intención de acortar la vida de dicho sujeto pasivo. Además, en el homicidio el *estado de salud* del sujeto pasivo es irrelevante, ya que se puede privar de la vida a un recién nacido, a un adolescente o a un anciano en perfectas condiciones de salud, mientras que en la eutanasia el *motivo* del agente es únicamente evitar dolores insoportables o un encarnizamiento terapéutico innecesario al enfermo, que disminuyan su calidad de vida, así como su dignidad, esto es, se actúa por piedad y no por un motivo de exterminio o violencia.

Debido a lo anterior, podemos considerar que existe diferencia *ética* entre *provocar la muerte* y *permitir la muerte*, ya que la primera rechaza y niega la vida y la segunda acepta su fin natural.

337

5.3. Propuestas de Reformas Legislativas y Reglamentarias

Antes de desarrollar las propuestas de reformas para la aplicación de la eutanasia en nuestro país, debemos recordar que entre la bioética y los derechos humanos existe una estrecha correlación, ya que a través de la bioética de la que derivan determinados juicios de valor, los legisladores tratan de dar solución a las problemáticas que se les plantean derivadas de los

³³⁵ Ley General de Salud, Op Cit., artículo 34,

³³⁶ GARCIA RAMIREZ, SERGIO. "Eutanasia, ¿Piedad? o ¿Delito?", *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, número 71, Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Autónoma de México, 1991, p.577.

³³⁷ ALARCON VAZQUEZ, MANUEL. Respetar la dignidad del moribundo. número 86, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Universidad Nacional Autónoma de México, 2001, pp. 292 a 231.

avances tecnológicos o médicos, como son la dignidad y la calidad de vida del individuo, respetando en todo momento la decisión de los pacientes o familiares sobre la aplicación del tratamiento que consideren más apropiado para la enfermedad, así como tutelando el derecho de consentimiento informado y la calidad de vida del enfermo. En ese orden de ideas, el autor Octavio Márquez menciona:

La bioética se preocupa por responder hacia una calidad de los seres vivos, entre los cuales se encuentran los seres humanos, reconociéndoles el derecho de vivir y morir con el mínimo de sufrimiento posible y siempre con el más alto acceso a los cuidados que favorezcan su bienestar... ³³⁸

Por otra parte, la filosofía y la ética analizan la conducta humana bajo los principios éticos y morales en situaciones en particular, como son las posturas médicas para evitar sufrimiento o curar una enfermedad, sin violentar las creencias y convicciones de los pacientes o familiares, lo cual se realiza a través del ordenamiento jurídico, ya que mediante las normas jurídicas se regula la conducta del hombre en la sociedad, solucionando de esta manera los conflictos entre los individuos y estableciendo criterios o límites en su actuar.

Considerando que los avances tecnológicos o médicos deben beneficiar a la sociedad y no perjudicarla, ni afectar su dignidad o libertad y que solo a través de las normas jurídicas, ya sea por modificaciones o ajustes en el orden jurídico, se puede lograr el respeto a los derechos humanos y a la dignidad de los individuos, se proponen las siguientes reformas legislativas para regular la aplicación de la eutanasia en nuestro país, mismas que plantean nuevos principios y conceptos jurídicos, como son el inicio y final de la vida, vida digna y muerte digna. Lo anterior, con la finalidad de ajustar el orden jurídico vigente al actuar del individuo, respetando su libertad, autonomía y dignidad, respaldando dichas adecuaciones legislativas en la bioética, para que en

³³⁸ MARQUEZ MENDOZA, OCTAVIO. Bioética laica y derechos humanos. Op cit., p. 35.

su creación como en su interpretación las autoridades e individuos apliquen los mismos criterios, evitando la subjetividad en su aplicación, pero procurando certeza y seguridad jurídica por su calidad de norma general, así como el respeto a los derechos humanos y alentar el desarrollo de la investigación médica en beneficio del individuo. Al respecto, Ingrid Brema señala que:

.... no es deseable que exista una ley para cada cuestión bioética, sino que la legislación se adapte a la realidad y sea respetuosa con los valores fundamentales del individuo... la reflexión bioética no sólo debe estar presente en la elaboración de las leyes sino también en su interpretación y aplicación, ya sea por órganos administrativos o judiciales, autoridades administrativas, jueces, magistrados y ministros de la Suprema Corte de Justicia, quienes no deben quedar al margen de los cambios producidos. Por el contrario, todos ellos están obligados a conocer, con cierta profundidad, los avances científicos que repercuten sobre los derechos humanos que tienen que ver con el avance de las ciencias.³³⁹

5.3.1. Propuestas de Reforma a la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal

Respecto al artículo 1 de la Ley de Voluntad Anticipada, consideramos que dicho artículo se debe omitir la especificación de “personas con capacidad de ejercicio”, porque en algunos supuestos de dicha Ley se faculta a los menores de 18 años para otorgar el Documento de Voluntad Anticipada, de tal manera que el artículo 1 quedaría en los siguientes términos:

Artículo 1. La presente ley es de orden público e interés social, y tiene por objeto establecer y regular las normas, requisitos y formas de realización de la voluntad de cualquier **persona**, **respecto** a la negativa a someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona, cuando por razones médicas, fortuitas o de fuerza mayor, sea imposible mantener su vida de manera natural.

³³⁹ BREMA SESMA, INGRID. *Interacciones entre bioética y derecho*. Número 56, Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2004, p. 25.

Con la finalidad de que la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal regule la aplicación de la eutanasia, en el artículo 2 se deberá sustituir el concepto de ortotanasia por el de eutanasia, para quedar redactado como sigue:

Artículo 2. La aplicación de las disposiciones establecidas en la presente Ley, son relativas a la manifestación de la Voluntad Anticipada de las personas en materia de **Eutanasia, permitiendo o facultando conductas u omisiones que tengan como consecuencia el acortamiento intencional de la vida.**

Respecto a las definiciones que establece el artículo 3 de la Ley, se debe derogar la fracción XVI y sustituir las fracciones V, XIII, XVIII y XIX por las siguientes redacciones:

Artículo 3. Para efectos de esta Ley se define y entiende por:

I. a IV...

V. Documento de Voluntad Anticipada: consiste en el documento público suscrito ante Notario, en el que cualquier persona **manifiesta la petición libre, consciente, seria, inequívoca y reiterada de la aplicación de la eutanasia, evitando someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos, que propicien la Obstinación Médica;**

VI a XII....

XIII. Eutanasia: Significa muerte sin sufrimientos innecesarios y degradantes, provocada intencionalmente, ya sea mediante el suministro, omisión o suspensión de medicamentos o tratamientos médicos, para evitar la aplicación de medidas mínimas, cuidados paliativos y/o procedimientos médicos desproporcionados o inútiles, que menoscaben la dignidad del enfermo en etapa terminal y constituyan obstinación o encarnizamiento terapéuticos. Dichas conductas u omisiones se podrán llevar a cabo:

- (i) **Por auxilio o ayuda al suicidio del paciente, ya sea por ayuda directa o por facilitarle los medios necesarios para el suicidio; o**
- (ii) **A petición expresa de terminar con la vida del paciente.**

XIV. a XV...

XVI. Derogada.

XVII....

XVIII. Sedación Controlada: es la administración de fármacos por parte del personal de salud para provocar de manera intencional la muerte del paciente en etapa terminal, con su consentimiento explícito, implícito o delegado, evitando sufrimientos físicos y/o psicológicos insoportables que menoscaben su dignidad;

XIX. Tanatología: significa tratado o ciencia de la muerte. Consiste en la ayuda médica y psicológica brindada tanto al enfermo en etapa terminal como a los familiares de éste, a fin de comprender la situación y consecuencias de la aplicación **de la Eutanasia.**

De igual manera, en dicho artículo 3, deben agregarse las definiciones de dignidad y de sufrimientos innecesarios y degradantes, en los términos siguientes:

..... Dignidad: Es un derecho fundamental inherente a todo ser humano, que sin importar la raza, edad, sexo, condición social o económica, ideología política o religiosa lo caracteriza de forma permanente y fundamental desde su concepción hasta su muerte, facultando a toda persona a tener una vida digna y en plenitud, así como el derecho a elegir libremente el momento y circunstancias de su propia muerte.

..... Sufrimientos innecesarios y degradantes: sufrimientos que provocan agonía y dolor al enfermo terminal limitando el desarrollo de su personalidad y su calidad de vida digna.

Las propuestas anteriores se proponen en el entendido de que toda persona es titular del derecho a la vida, a la libertad, así como a la dignidad, y por ende debe estar facultado para ejercer y renunciar a esos derechos, ya que el derecho a la vida no solo debe implicar una defensa de la propia vida, también debe comprender el derecho a una vida en condiciones adecuadas para ser disfrutada, esto es, el derecho a una vida digna en ejercicio de las libertades y derechos inherentes, así como el derecho a una buena muerte.

Con relación a las personas que pueden suscribir el documento de voluntad anticipada, establecidas en el artículo 7, consideramos que:

- a) Resulta jurídicamente irrelevante la distinción entre las fracciones I y II de dicho precepto, ya que basta con que la Ley indique que lo puede otorgar cualquier persona con capacidad de ejercicio; y
- b) De igual manera, la Ley debe reconocer la capacidad de ejercicio de los mayores de 16 años y menores de 18 para otorgar el documento de voluntad anticipada, ya que la propia Ley de Voluntad Anticipada reconoce capacidad de ejercicio a los mayores de 16 años para intervenir como testigos en el Documento o Formato de Voluntad Anticipada, así como fungir como representantes (artículos 12, fracción I, y 13, fracción I de la Ley).

Por lo antes mencionado, la redacción del artículo 7, quedaría de la siguiente manera:

Artículo 7. El Documento de Voluntad Anticipada podrá suscribirlo:

I. Cualquier persona con capacidad de ejercicio;

II. Los mayores de 16 años;

III. y IV...

Respecto a las personas que pueden suscribir el Documento de Voluntad Anticipada, cuando el enfermo se encuentre de manera inequívoca impedido para otorgar el Documento (conforme a lo establecido en la fracción III del artículo 7 de la Ley), el artículo 19 se modificaría agregándose una fracción para facultar a los mayores de 16 pero menores de 18 años para suscribir el respectivo Documento. Asimismo eliminando el artículo 21 de la Ley. En estos términos, dicho artículo 19 quedará redactado conforme a lo siguiente:

Artículo 19. Podrán suscribir el Documento de Voluntad Anticipada en los términos establecidos por la fracción III del artículo 7 de la presente Ley, por orden subsecuente y a falta de:

I a VI...

VII. Los hijos mayores de 16 años.

Por su parte, el artículo 20 de la Ley que indica los supuestos del menor de edad o incapaz previstos en la fracción IV del artículo 7 del mismo ordenamiento, bastará con que dicho precepto señale que podrán suscribir el Documento de Voluntad Anticipada quienes ejercen la patria potestad, así como los que ejercen la tutela, esto es:

Artículo 20. Podrán suscribir el Documento de Voluntad Anticipada en los términos establecidos por la fracción IV del artículo 7 de la presente Ley, **y conforme a lo establecido en el Código Civil para el Distrito Federal:**

I. Las personas que ejerzan la patria potestad; y

II. Las personas que ejerzan la tutela

Por lo que hace a los testigos, el artículo 12, relativo a las prohibiciones para ser testigos, considera que los parientes dentro del cuarto grado no pueden comparecer como testigos, pero los faculta a suscribir el Documento de Voluntad Anticipada (concretamente los padres, hijos y hermanos) en caso de imposibilidad del enfermo terminal o si éste es menor de edad o incapaz legalmente declarado, fungiendo en estos casos, además, como representantes para la ejecución y cumplimiento del Documento o Formato de Voluntad Anticipada (artículos 19 y 20 de la Ley). De tal manera que se reformaría el artículo 12, a fin de eliminar su fracción III, para quedar como sigue:

Artículo 12. No podrán ser testigos:

I. y II...

III. Los que no entiendan el idioma que habla el enfermo en etapa terminal, salvo que se encuentre un intérprete presente; y

IV. Los que hayan sido condenados por el delito de falsedad.

Con relación a la conclusión del cargo de representante, en la fracción III del artículo 18 de la Ley, debería especificarse que el cargo concluye cuando el representante haya verificado el cumplimiento de la donación de órganos, ya que como la propia Ley lo indica, el representante está obligado a verificar el cumplimiento de todas y cada una de las disposiciones contenidas en el Documento de Voluntad Anticipada (artículo 17, fracción II de la Ley). Por lo que dicho artículo 18 quedaría redactado de la siguiente manera:

Artículo 18. Los cargos de representante concluyen:

I. y II...

III. Por muerte del representado, salvo que éste hubiese dispuesto donar órganos, en cuyo caso, el cargo concluirá una vez verificada dicha circunstancia;

IV. a VI...

Por otra parte, la intervención de perito traductor cuando el suscriptor ignore el idioma español, señalada en el párrafo segundo del artículo 22, consideramos que es ociosa, ya que bastará con

la comparecencia de un traductor sin que deba ser perito, y que deba ser designado por el otorgante. La redacción de dicho artículo sería la siguiente:

Artículo 22.

.....

Cuando el solicitante del Documento de Voluntad Anticipada ignore el idioma del país, **el otorgante deberá nombrar un intérprete**, quien concurrirá al acto y explicará totalmente al solicitante los términos y condiciones en que se suscribe el Documento de Voluntad Anticipada.

De igual manera, el artículo 31 expresa que cuando el otorgante sea sordomudo y conozca el lenguaje a señas, deberá comparecer un perito traductor, lo cual merece el mismo comentario del artículo 22 antes mencionado, esto es, que bastará con un intérprete designado por el otorgante.

Ahora bien y con relación al segundo párrafo del artículo 32 de la Ley, se prevé que en caso de que el suscriptor no pueda o no sepa leer ni escribir, deberá comparecer un intérprete para corroborar la voluntad del otorgante o suscriptor. Esta exigencia es impráctica, ya que en estos supuestos será suficiente con la comparecencia de 2 testigos, firmando uno de ellos a su ruego y el otorgante imprimiendo su huella digital para corroborar así su voluntad, debiendo eliminarse dicho párrafo segundo.

Por último, en el Capítulo Cuarto, denominado *Cumplimiento de la Voluntad Anticipada* se derogaría el artículo 43, el cual prohíbe el suministro de medicamentos o tratamientos que provoquen de manera intencional el deceso del enfermo terminal.

Artículo 43. Se deroga.

5.3.2. Propuestas de Reforma al Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal

Respecto a las definiciones señaladas en el artículo 2, se modificaría el concepto de Documento y Formato de Voluntad Anticipada, para quedar como sigue:

Artículo 2. Para los efectos del presente Reglamento se entenderá por:

I a III...

IV. Documento de Voluntad Anticipada: Es el Documento Público suscrito ante Notario, en el que cualquier persona, manifiesta la petición libre, consciente, seria, inequívoca y reiterada **de la aplicación de la eutanasia, evitando** someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos, que propicien la Obstinación Terapéutica.

V. Formato de Voluntad Anticipada: Es el Formato oficial emitido por la Secretaría en el que cualquier enfermo en etapa terminal o suscriptor, manifiesta ante el personal de salud de la Unidad Médica Hospitalaria o Institución Privada de Salud, la petición libre, consciente, seria, inequívoca y reiterada **de la aplicación de la eutanasia**, evitando someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos, que propicien la Obstinación Terapéutica.

VI a XV...

En lo que se refiere a las consecuencias de las expresiones de la Voluntad Anticipada, la fracción II del artículo 4 del Reglamento se ajustaría como sigue:

Artículo 4. La expresión de la Voluntad Anticipada tiene como consecuencia:

I...

II. Cumplir con lo establecido en el plan de manejo médico respecto al suministro de medicamentos o tratamientos médicos que tengan como consecuencia directa la muerte; y

III...

En ese orden de ideas, no debemos olvidar que el derecho a la vida es esencial para el ejercicio de los demás derechos, como el derecho a la integridad física y moral, con el derecho a no ser tratado de una forma cruel, inhumana o degradante y el derecho a la seguridad personal, todos ellos como una expresión del reconocimiento a la autodeterminación, libertad y a la dignidad de todo individuo, de tal manera que los enfermos que se encuentran en una situación terminal y

cuando el uso de tratamientos provoca sufrimientos innecesarios o tratos indignos, es esencial considerar la aplicación de la eutanasia para provocar una *muerte digna*.

Por otra parte, una omisión en que incurre la Ley de Voluntad Anticipada y que se repite en el Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada, es en los artículos 19 y 20 de dicho Reglamento, por lo que nos referimos a los comentarios y reformas señalados en el sub-capítulo que antecede denominado *Propuestas de Reforma a la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal*, lo anterior para evitar repetición en la argumentación. De tal manera que estos artículos 19 y 20 quedarían como sigue:

Artículo 19. Podrán suscribir el Formato cuando el enfermo en etapa terminal se encuentre de manera inequívoca impedido para manifestar por sí mismo su voluntad y será obligación del personal de salud de las Unidades Médicas Hospitalarias e Instituciones Privadas de Salud asentar la información en el Formato de Voluntad Anticipada, atendiendo al siguiente orden de prelación:

I. a VI...

VIII. Los hijos mayores de 16 años.

Artículo 20. Podrán suscribir el Formato, cuando el enfermo en etapa terminal sea menor de edad o incapaz legalmente declarado, y será responsabilidad del personal de salud de las Unidades Médicas Hospitalarias e Instituciones Privadas de Salud asentar la información en el Formato de Voluntad Anticipada, **y conforme a lo establecido en el Código Civil para el Distrito Federal:**

I. Las personas que ejerzan la patria potestad; y

II. Las personas que ejerzan la tutela

Respecto a la excusa del representante que prevé el artículo 26 del Reglamento, se menciona que el enfermo en etapa terminal optará por el Formato de Voluntad Anticipada y nombrará a un nuevo representante, lo cual consideramos impráctico, ya que hubiera sido suficiente con que el Reglamento señalara que en este supuesto el otorgante o suscriptor deberá designar un nuevo representante. Por lo que el artículo 26 quedaría como sigue:

Artículo 26. Si el representante se excusa de vigilar el cumplimiento exacto de las disposiciones del Documento o **Formato** de Voluntad Anticipada, **el otorgante o suscriptor nombrará nuevo representante.**

Con relación a la atención médica domiciliaria otorgada vía telefónica o a través de visita domiciliaria, se modificarán las fracciones IV y VI del artículo 37, conforme a lo siguiente:

Artículo 37. La atención médica domiciliaria será otorgada vía telefónica o a través de visita domiciliaria, debiendo sujetarse a las siguientes disposiciones:

I. a III...

IV. El personal de salud que asista, proporcionará al enfermo en etapa terminal medicamentos o tratamientos médicos que provoquen de manera intencional su deceso, así como tratamiento psicológico y/o tanatológico para el enfermo y sus familiares;

V...

VI. El personal de salud, instruirá al familiar o persona encargada de atender al enfermo en etapa terminal, respecto del suministro de medicamentos o tratamientos médicos que de manera directa terminen con su vida; y

VII...

De tal manera que la decisión tomada por el enfermo terminal es ejecutada por el médico con la finalidad de evitar sufrimientos innecesarios al continuar con los tratamientos curativos que únicamente degenerarán la salud del enfermo y por ende disminuyendo su dignidad o calidad de vida, impidiendo así la obstinación o encarnizamiento terapéutico.

5.3.3. Propuestas de Reformas al Código Penal para el Distrito Federal

Respecto a las reformas del Código Penal para el Distrito Federal, el 7 de enero de 2008 en la Gaceta Oficial del Distrito Federal se publicó el decreto por el que se adicionaron los artículos 127, párrafos segundo y tercero, 143 Bis y 158 Bis del Código Penal para el Distrito Federal, con la finalidad de atender a lo establecido en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal. Por lo tanto, si la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal se reforma para regular la aplicación de la eutanasia, dichos artículos continuarán eximiendo del delito de *Homicidio; Ayuda o Inducción al Suicidio; y Omisión de Auxilio o Cuidado*, a quien actúe dentro de los lineamientos establecidos por la propia Ley de Voluntad Anticipada, y/o por el enfermo terminal, o su representante en el Documento o Formato de Voluntad Anticipada, mismos que regularán,

en su caso, la aplicación de la eutanasia, por lo que no se encuadrará el tipo penal de que se trate.

De igual manera, consideramos conveniente adicionar un artículo en el Capítulo III del Código Penal, denominado *Abandono, Negación y Práctica Indebida del Servicio Médico*, a efecto de eximir de delito a los médicos o personal de salud que actúen bajo los lineamientos de la Ley de Voluntad Anticipada, así como de su reglamento, por lo que dicho artículo quedaría redactado en los siguientes términos:

Artículo 325 Bis. No se configuran los delitos previstos en los artículos 324 y 325 relativos a abandono, negación y práctica indebida del Servicio Médico, cuando las conductas realizadas por el médico o personal de salud, sean conforme a las disposiciones establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal y su reglamento, contenidas en el Documento de Voluntad Anticipada o en el Formato por el otorgante, suscriptor o representante.

Asimismo, en el Capítulo V, relativo al *Suministro de Medicinas Nocivas o Inapropiadas*, se propone adicionar un artículo señalando una excepción al tipo penal de dicho apartado, en consecuencia la redacción del nuevo artículo será la siguiente:

Artículo 329 Bis. En los supuestos previstos en los dos artículos anteriores, no se configura el delito de suministro de medicinas nocivas o inapropiadas, cuando la conducta del médico o del personal de salud se apeguen estrictamente al cumplimiento de las disposiciones establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal y su reglamento.

Al respecto, como lo hemos mencionado, sería una consecuencia de las reformas que en su caso se realizarían a la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, así como de su Reglamento, para la aplicación de la eutanasia.

Lo anterior, se basa en la responsabilidad profesional de los médicos y el personal de salud de reconocer los límites de los avances científicos, por lo que estos, deben proporcionar una buena muerte, ya sea a petición del enfermo o de los familiares (facultados para ello), toda vez que la

decisión, así como el actuar del médico derivan de la autodeterminación del paciente y del conocimiento informado que el mismo médico le otorga al enfermo, en donde el médico no actúa por imposición, actúa por motivos de piedad o misericordia, teniendo como finalidad acortar el sufrimiento y agonía del enfermo, de esta manera evitando que su condición médica continúe deteriorándose, así mejorando su calidad de vida y respetando su dignidad.

5.3.4. Propuestas de Reformas a la Ley de Salud para el Distrito Federal

Consideramos que en la Ley de Salud para el Distrito Federal no es necesario realizar reformas, ya que con las modificaciones publicadas el 7 de enero de 2008 al Artículo 16 Bis 3 y la fracción III del artículo 16 Bis 3, los médicos y el personal del servicio de salud deben cumplir con las disposiciones establecidas tanto en la Ley de Voluntad Anticipada como en su Reglamento, por lo que al regular dichos ordenamientos la aplicación de la eutanasia, tanto el personal de salud como los médicos estarán obligados a su cumplimiento, siempre y cuando el Documento o Formato de Voluntad Anticipada sean otorgados en los términos previstos por la propia Ley de Voluntad Anticipada y su Reglamento.

5.3.5. Propuestas de Reformas a la Ley General de Salud

Antes de desarrollar las propuestas de reforma a la Ley General de Salud, debemos recordar que todo ser humano, desde la concepción hasta la muerte, tiene derecho a la salud física y emocional para un desarrollo óptimo, por lo que ese derecho a la salud también debe contemplar que en caso de enfermedad terminal los servicios médicos sean interrumpidos, en aras de proteger la calidad de vida digna del enfermo, por lo que el servicio de salud y los médicos además de salvaguardar la salud, también deben pugnar por la calidad de vida y dignidad de los enfermos, aplicando sus conocimientos y convicciones bioéticas para respetar la voluntad,

autonomía, derechos humanos y dignidad del enfermo, pero siempre respetando los lineamientos permitidos por la ley para evitar responsabilidades jurídicas.

Por lo antes mencionado y derivado de la aprobación de la Ley de Voluntad Anticipa para el Distrito Federal, el 5 de enero de 2009 se publicaron en el Diario Oficial de la Federación las reformas a la Ley General de Salud en materia de Cuidados Paliativos, reformándose los artículos 13, fracción I, inciso "B"; 27, fracción III; 59; 112, fracción III; 421 Bis; y el Título Octavo Bis (artículos 166 Bis al 166 Bis 21); adicionándose los artículos 3, fracción XXX; y 33, fracción IV. Las reformas y adiciones antes mencionadas, merecen las siguientes propuestas de reforma, con la finalidad de regular la aplicación de la eutanasia:

En lo que se refiere a servicios básicos de salud, señalados en el artículo 27, se modificará conforme a lo que sigue:

Artículo 27. Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a:

I. a II...

III. La atención médica integral, que comprende actividades preventivas, curativas, de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias, **así como de prácticas que deriven de la aplicación de la eutanasia;**

IV a X...

De igual manera, dentro de las actividades de atención médica se deben comprender las que derivan de la práctica de la eutanasia, eliminando las actividades paliativas:

Artículo 33. Las actividades de atención médica son:

I a III...

IV. Eutanásicas: que incluyen el cuidado integral para preservar la calidad de vida y dignidad del paciente, a través del suministro de medicamentos o tratamientos médicos que provoquen de manera intencional su muerte, así como de tratamientos psicológicos y tanatológicos para el enfermo y sus familiares por parte de un equipo profesional multidisciplinario.

Con relación a la creación de asociaciones que promuevan el mejoramiento de salud individual o colectiva, se ajustaría el artículo 59 para quedar como sigue:

Artículo 59. Las dependencias y entidades del sector salud y los gobiernos de las entidades federativas, promoverán y apoyarán la constitución de grupos, asociaciones y demás instituciones que tengan por objeto participar organizadamente en los programas de promoción y mejoramiento de la salud individual o colectiva, así como en los de prevención de enfermedades y accidentes, y de prevención de invalidez y de rehabilitación de inválidos, así como **en la aplicación de la eutanasia.**

Respecto al capítulo II de la Ley General de Salud, denominado *Educación para la Salud*, se modificaría la fracción III del artículo 112, para considerar a la eutanasia como parte de la educación de la salud:

Artículo 112. La educación para la salud tiene por objeto:

I. a II....

III. Orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de nutrición, salud mental, salud bucal, educación sexual, planificación familiar, riesgos de automedicación, prevención de fármacodependencia, salud ocupacional, salud visual, salud auditiva, uso adecuado de los servicios de salud, prevención de accidentes, prevención y rehabilitación de la invalidez, detección oportuna de enfermedades, **así como en lo relativo a la aplicación de la eutanasia.**

Por lo que se refiere al Título Octavo Bis, denominado *De los Cuidados Paliativos a los Enfermos en Situación Terminal*, proponemos las siguientes reformas:

Título Octavo Bis
De la **Aplicación de la Eutanasia** en Enfermos en Situación Terminal

Artículo 166 Bis. El presente título tiene por objeto:

I. Salvaguardar la dignidad de los enfermos en situación terminal, para garantizar una vida de calidad, a través de **la aplicación de la eutanasia;**

II. Garantizar **una muerte en condiciones dignas** a los enfermos en situación terminal;

III. Establecer y garantizar los derechos del enfermo en situación terminal en relación con su tratamiento **o con los procedimientos que de manera directa terminen con su vida;**

IV. Dar a conocer **al enfermo los tratamientos y procedimientos adecuados a su enfermedad terminal para la aplicación de la eutanasia;**

V. Determinar los medios ordinarios y extraordinarios **necesarios para la eutanasia.**

Respecto a las definiciones enumeradas en el artículo 166 Bis 1, se agregarían las de Eutanasia, Documento y Formato de Voluntad Anticipada, en las fracciones que les corresponda, con la siguiente redacción:

Artículo 166 Bis 1. Para los efectos de este Título, se entenderá por:

..... **Documento de Voluntad Anticipada:** consiste en el documento público suscrito ante Notario, en el que cualquier persona manifiesta la petición libre, consciente, seria, inequívoca y reiterada de la aplicación de la eutanasia, evitando que se le someta a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos, que propicien la Obstinación Médica.

..... **Eutanasia:** Significa muerte sin sufrimientos innecesarios y degradantes, provocada intencionalmente, ya sea mediante el suministro, omisión o suspensión de medicamentos o tratamientos médicos, para evitar la aplicación de medidas mínimas, cuidados paliativos y/o procedimientos médicos desproporcionados o inútiles, que menoscaben la dignidad del enfermo en etapa terminal y constituyan obstinación o encarnizamiento terapéuticos.

..... **Formato de Voluntad Anticipada:** Es el Formato oficial emitido por la Secretaría en el que cualquier enfermo en etapa terminal o suscriptor, manifiesta ante el personal de salud de la Unidad Médica Hospitalaria o Institución Privada de Salud, la petición libre, consciente, seria, inequívoca y reiterada de la aplicación de la eutanasia, evitando someterlo a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos, que propicien la Obstinación Terapéutica.

En relación a los derechos de los enfermos en etapa terminal señalados en el artículo 166 Bis 3, se proponen las siguientes reformas:

Artículo 166 Bis 3. Los pacientes enfermos en situación terminal tienen los siguientes derechos:

I a IV...

V. Recibir información clara, oportuna y suficiente sobre las condiciones y efectos de su enfermedad y los tipos de tratamientos por los cuales puede optar según la enfermedad que padezca **para terminar con su vida;**

VI. Dar su consentimiento informado por escrito para la **aplicación de la eutanasia dependiendo de su enfermedad, necesidades y calidad de vida;**

VII. Solicitar al médico que le administre medicamentos **o aplique tratamientos que tengan como consecuencia directa la terminación de la vida;**

VIII...

IX. Optar por recibir los **medicamentos o tratamientos para la aplicación de la eutanasia** en un domicilio particular;

X. a XII...

En lo relativo a la suspensión voluntaria del tratamiento a que se refieren los artículos 166 Bis 6, Bis 7 y Bis 9, se proponen las siguientes redacciones:

Artículo 166 Bis 6. La suspensión voluntaria del tratamiento curativo supone la cancelación de todo medicamento que busque contrarrestar la enfermedad terminal del paciente **y se de inicio a la aplicación de la eutanasia.**

En este caso, el médico especialista en el padecimiento del paciente terminal interrumpe, suspende o no inicia el tratamiento, la administración de medicamentos, el uso de instrumentos o cualquier procedimiento **con el propósito de que tales omisiones provoquen de manera directa su muerte.**

Artículo 166 Bis 7. El paciente en situación terminal que haya expresado su voluntad de aplicación de la eutanasia, podrá manifestar el cambio de su decisión, para que el tratamiento curativo se le aplique nuevamente, ratificando su cambio de decisión por escrito ante el personal médico correspondiente.

Artículo 166 Bis 9. El suministro de medicamentos o aplicación de tratamientos para la eutanasia se proporcionarán desde el momento en que **sea diagnosticado** el estado terminal de la enfermedad por el médico especialista.

Las facultades y obligaciones de las Instituciones de Salud, se modificarán conforme a lo siguiente:

Artículo 166 Bis 13. Las Instituciones del Sistema Nacional de Salud:

I...

II. Proporcionarán los servicios de orientación, asesoría y seguimiento al enfermo en situación terminal y o sus familiares o persona de confianza en el caso de que **la aplicación de la eutanasia se realice** en el domicilio particular;

III. De igual manera, en el caso de que **la aplicación de la eutanasia se realice** en el domicilio particular, la Secretaría pondrá en operación una línea telefónica de acceso gratuito **para que se oriente, asesore y dé seguimiento** al enfermo en situación terminal o a sus familiares o persona de su confianza;

IV. Proporcionarán **los medicamentos o tratamientos que tengan como finalidad la muerte del paciente, que correspondan** al tipo y grado de enfermedad, desde el momento del diagnóstico de la enfermedad terminal hasta **su deceso**;

V...

VI. Garantizarán la capacitación y actualización permanente de los recursos humanos para la salud, en materia de **eutanasia** y atención a enfermos en situación terminal.

Por lo que se refiere a los derechos, facultades y obligaciones de los médicos y personal sanitario, considerados en el capítulo IV de la Ley General de Salud, se ajustarían conforme a lo siguiente:

Artículo 166 Bis 14. Los médicos tratantes y el equipo sanitario que preste **la atención para la aplicación de la eutanasia**, para el mejor desempeño de sus servicios, deberán estar debidamente capacitados humana y técnicamente, por instituciones autorizadas para ello.

Artículo 166 Bis 15. Los médicos especialistas en las instituciones de segundo y tercer nivel, tendrán las siguientes obligaciones:

I. Proporcionar toda la información que el paciente requiera, así como la que el médico considere necesaria para que el enfermo en situación terminal pueda tomar una decisión libre e informada sobre su atención, tratamiento y cuidados **para la aplicación de la eutanasia**;

II. Pedir el consentimiento informado del enfermo en situación terminal, por escrito ante dos testigos, para los tratamientos o medidas **que se aplicarán para la eutanasia, dependiendo de la enfermedad terminal que padece**;

III. Informar oportunamente al enfermo en situación terminal, cuando el tratamiento curativo no dé resultados, **para que emita su decisión informada sobre la aplicación de la eutanasia**;

IV. Informar al enfermo en situación terminal, sobre las opciones que existan **dependiendo de su enfermedad para la aplicación de la eutanasia**;

V. Respetar la decisión del enfermo en situación terminal en cuanto al tratamiento curativo, **así como para la eutanasia**, una vez que se le hayan explicado en términos sencillos las consecuencias de su decisión;

VI. Garantizar que se brinden los cuidados básicos o tratamientos al paciente **que en todo momento respeten su calidad de vida y dignidad**;

VII. Procurar las medidas mínimas necesaria para preservar la calidad de vida **y dignidad** de los enfermos en situación terminal;

VIII...

IX. Solicitar una segunda opinión a otro médico especialista, cuando su diagnóstico sea una enfermedad terminal; y

X...

En referencia al suministro de medicamentos a que hacen mención los artículo 166 Bis 16 y Bis

19 se reformarían conforme a lo siguiente:

Artículo 166 Bis 16. Los médicos tratantes podrán **suministrar fármacos a un enfermo en situación terminal con el objeto de terminar con su vida a solicitud de éste.**

....

Artículo 166 Bis 19. El personal médico que haya aceptado proporcionar los medicamentos o tratamientos que tengan como consecuencia directa la terminación de la vida a los enfermos en situación terminal y deje de hacerlo sin causa justificada, será sancionado conforme lo establecido por las leyes aplicables.

Con relación a la prohibición de la práctica de la eutanasia que señala el Artículo 166 Bis

21, quedaría redactado de la siguiente manera:

Artículo 166 Bis 21. La práctica de la eutanasia no configura el tipo penal de homicidio por piedad, ni el de suicidio asistido cuando la conducta de los médicos o personas que intervengan sea bajo los términos de esta ley. En caso contrario, se estará a lo que señalan las disposiciones penales aplicables.

Derivado de las propuestas de reformas desarrolladas en este sub-capítulo 5.3, consideramos conveniente precisar lo siguiente:

- a) La Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal debe regular tanto al Documento de Voluntad Anticipada como al Formato, ya que como lo mencionamos en el análisis realizado en el Capítulo 4 de este trabajo, se desprende de su lectura que la Ley de Voluntad Anticipada regula al Documento de Voluntad Anticipada y su Reglamento regula al Formato, lo que genera algunas situaciones que en la práctica no tendrán fácil solución y problemas en su ejecución.
- b) El Reglamento en diversos artículos constituye una violación al principio de jerarquía de leyes, aunado a que da lugar a la presencia de antinomias jurídicas, pues prevé criterios contrarios a lo que dispone la Ley que reglamenta, ya que como lo dispone el artículo 1 del propio Reglamento, su objeto es regular la aplicación de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, por lo que no puede ni contradecir ni extralimitarse de lo regulado por dicha Ley.
- c) Es prudente señalar que la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal y su Reglamento, deben ser considerados como parámetro para hacer una Ley Federal con su respectivo Reglamento, en donde el legislador federal debe recoger los contenidos de dicha Ley Local para una Ley Federal, ya que de lo contrario limita las facultades y derechos de los individuos sólo por el hecho de no residir en el Distrito Federal o bien por no tener los recursos económicos para ser tratados en hospitales ubicados en la Ciudad de México, por lo que al carecerse de una legislación Federal, los enfermos que

residen en el interior de la República Mexicana continuarían con tratamientos médicos sin importar su voluntad, es decir, su libertad de elección sobre la aplicación de la eutanasia activa o pasiva, según el caso, así como su autonomía y derecho a una vida o muerte dignas, estarán limitados meramente por un hecho geográfico.

- d) De igual manera, y en caso de aprobarse una Ley de Voluntad Anticipada Federal, las reformas propuestas para el Código Penal para el Distrito Federal deberán considerarse para realizar las pertinentes adecuaciones al Código Penal Federal, evitando lagunas jurídicas en la aplicación de la Ley de Voluntad Anticipada, que en su momento sería de carácter Federal.

CONCLUSIONES

Una vez desarrolladas ampliamente las distintas perspectivas sobre la aplicación de la eutanasia, en este apartado expresaremos nuestras conclusiones, que reafirman el respeto a la dignidad humana, la vida, la libertad, la autonomía, la manifestación de voluntad y por ende a la elección de una muerte digna.

1.- Una característica principal que podemos encontrar en las diferentes acepciones de la palabra *eutanasia* (véase Capítulo 1), es el respeto a la autonomía y a la dignidad de la persona humana, esto es, que quien padece cualquier tipo de enfermedad terminal tiene derecho a decidir el tratamiento que le será aplicado para aliviar su dolor o la misma enfermedad, permitiendo que en ciertas circunstancias este tipo de decisión inclusive implique el terminar con su vida.

2.- Las diversas corrientes religiosas pugnan invariablemente por el derecho a la vida, considerándola como un *don divino* otorgado por Dios, pero también prevén el respeto del enfermo a elegir los tratamientos médicos sobre su padecimiento para que alivien su dolor, como ocurre en la *Religión Católica*. Sin embargo, en otras corrientes, como la *Reformista Holandesa*, se considera como una *elección* de las personas cuando la enfermedad es insoportable, diferenciándola del suicidio ordinario. De igual manera, en el Judaísmo se permite otorgar una muerte digna a los enfermos terminales para evitar una agonía e incluso no considerar ese hecho como un homicidio, sino como una muerte suave y rápida que aminora el sufrimiento del enfermo.

3.- Respecto a la intervención del médico, como lo hemos mencionado, éste tiene la principal función de preservar la vida de sus pacientes. Sin embargo, el médico no debe actuar nunca en contra de la voluntad del paciente, por lo que se debe evitar que en esa intención de proteger la vida se provoque un encarnizamiento terapéutico que solo produzca una agonía y calidad de vida *indigna* al paciente. Es por ello que el médico en ese respeto a la voluntad y a la autonomía del enfermo debe otorgarle la información necesaria para que con base en el *conocimiento informado* decida la *forma* en que esa muerte *dulce* le sea aplicada (véase el caso del doctor Jack Kevorkian).

En la actualidad, a pesar de los avances científicos que día a día se dan para tratar enfermedades, aún existen tratamientos que lejos de sanar el padecimiento solo provocan sufrimientos insoportables e incluso que la calidad de vida del paciente se deteriore, limitando sus manifestaciones de libertad, de autonomía y de desarrollo, generando que su vida deje de ser plena al no poder hablar, caminar o comer, por lo que se debe cuestionar si se tiene el derecho a elegir una muerte digna, así como el derecho a no prolongar la vida cuando ésta no puede ser disfrutada dignamente, evitando que se convierta solo en un *caso médico*, dejando de considerarlo como un ser humano (véase Definición Médica, Capítulo 1). De ahí que cuando la vida cumple con el *ciclo vital*, ya sea de forma natural o derivado de un accidente, el individuo debe decidir sobre su propia muerte, en el entendido de que la muerte no es la antítesis del derecho a la vida, sino una defensa de la misma.

4.- Con relación a las diversas formas de aplicar la *eutanasia*, ya sea de forma pasiva o activa en sus múltiples vertientes (véase Capítulo 2), el elemento primordial es la manifestación de la voluntad basada en el conocimiento informado que el paciente obtuvo por parte del médico tratante, ya que como lo hemos mencionado, sin la vida el individuo no podría ejercer sus

libertades, y por esta razón es que en respeto a la *libertad individual* del hombre, fundada en la *autonomía personal*, todo individuo goza de la *libertad de decisión* sobre su persona, bienes, derechos y obligaciones. Por ello las formas de aplicar la eutanasia dependerán justamente de la decisión del enfermo, ya que no solo el derecho de autodeterminación lo faculta para manifestar su decisión sobre suspender el tratamiento médico, también implica el elegir una muerte digna y la forma en que se le ayude a un buen morir, respetando en todo momento su petición libre y reiterada, con la finalidad de evitar sufrimientos insoportables y en consecuencia una vida indigna.

5.- A lo largo de la historia se han presentado hechos y casos en diversas partes del mundo, que además de ser un antecedente sobre la aceptación de la aplicación de la eutanasia (véase Capítulo 3), también han permitido que en algunos países se genere el cuestionamiento sobre dicha práctica e incluso provoquen un cambio en los ordenamientos. Claro ejemplo de ello, es el caso de *Ramón Sampedro*, quien en 1998 sufrió un accidente que le dejó tetrapléjico y después de treinta años viviendo postrado en una cama, solicitó al gobierno de España le fuese aplicada la eutanasia. Sin embargo, su petición le fue negada al no existir fundamento aplicable para dicha solicitud, aunque finalmente Ramón, con la ayuda de familiares y amigos, logró una muerte digna el 12 de enero de 1998. Derivado de este caso, el gobierno español empezó a modificar sus ordenamientos para no caer nuevamente en una laguna jurídica.

Por su parte, en los Estados Unidos de América, aunque la práctica de la eutanasia ya se prevé, el caso sobresaliente es el de *Terri Schiavo*, quien a causa de bulimia, en febrero de 1990 sufrió un ataque cardíaco y para mantenerla con *vida* fue conectada a un ventilador mecánico que la alimentaba e hidrataba, sin mostrar ningún signo de sus funciones básicas. Durante muchos años fue mantenida con esa *calidad de vida*. Finalmente y después de un proceso legal entre el

esposo y los padres de Terri (véase Capítulo 3), la Corte permitió el retiro de la sonda de alimentación, provocando su muerte en marzo de 2005 por inanición y deshidratación.

Es por estos casos y otros expuestos a lo largo de este trabajo, que debemos recordar que los individuos desde su nacimiento tienen el derecho a la vida, a la libertad y autonomía, así como el derecho a la salud. Sin embargo, no se puede desconocer que la función principal del sistema de salud es destinar los recursos para sanar a los pacientes, pero también se debe evitar prolongar la enfermedad cuando ésta es inhumana, degradante e indigna, máxime cuando el paciente o sus familiares están convencidos de que la opción de suspender el tratamiento, así como la aplicación de la eutanasia, es la mejor alternativa para el respeto de la dignidad del enfermo. De tal manera, que al aplicar la eutanasia no se comete un acto ilícito, sino por el contrario, se está respetando la voluntad del enfermo, permitiendo que la elección de una muerte digna sea un derecho de todo individuo, basándose en el respeto a la libertad, autonomía y dignidad.

6.- Con relación a la bioética, como lo hemos mencionado, ésta se enfoca a los problemas biológicos y sociales del individuo, estableciendo los principios y leyes que los regulan, motivo por el que cuando ocurren avances científicos también se generan cambios en los principios que rigen los aspectos bioéticos. En la actualidad se presentan diversos cambios sociales, políticos y económicos, los cuales no deben dejar de prever la protección a la integridad física y moral, sin olvidar que lo más importante para todo ser humano es la vida, por lo que en caso de enfermedad insoportable e incurable con graves sufrimientos, sea factible otorgar al individuo la facultad de disponer sobre su vida, toda vez que el derecho a decidir respecto a la eutanasia deriva del respeto a la elección libre e informada del paciente sobre la aplicación o no del tratamiento médico, así como el respeto a la vida y a la dignidad de la misma persona, siempre y cuando no exista alternativa que disminuya el dolor que padece, en la inteligencia de que este

actuar es por compasión para ayudar a morir sin sufrimientos y dignamente. Así pues, se debe determinar hasta qué punto es viable prolongar la vida o la agonía, en razón de que el encarnizamiento terapéutico no es tratamiento paliativo o curativo, sino un menoscabo a la dignidad de la persona, así como a su calidad de vida.

7.- Por lo que se refiere al derecho a la vida, este derecho humano esencial para todo individuo debe ser garantizado por el Estado, y a través de los ordenamientos nacionales, así como de los Tratados, Convenios o Declaraciones Internacionales, los Estados deben prever el derecho a la vida y reconocer las libertades que derivan de la misma, ya que como lo hemos mencionado, sin la vida el individuo no podría ejercer ningún tipo de libertad individual, física, ideológica o económica, toda vez que por medio del *principio de autonomía* las personas ejercen su libertad de decisión o de libre albedrío sobre los bienes, derechos, obligaciones e incluso sobre su propia vida o cuerpo, a través de la manifestación de voluntad. En ese orden de ideas y con relación a la *eutanasia*, los respectivos ordenes jurídicos en reconocimiento al derecho a la vida y a la *autonomía individual*, deben también facultar a los individuos para elegir una *buena muerte*, por lo que además de respetar el derecho a una muerte digna, también tendrían que establecer la obligación de otorgar un *conocimiento informado*, explicándoles los términos, condiciones y procedimientos, para que con base en esa información, se especifiquen los actos u omisiones a seguir para lograr su *buena muerte*. Es por ello que si se reconoce el derecho a la vida también se debe reconocer el derecho a morir, esto es, que el derecho a combatir la muerte permite al individuo aceptar la muerte como tal o bien decidir el momento y circunstancia de su muerte, es decir, el derecho a morir con dignidad.

8.- Respecto a la *dignidad humana*, no debemos olvidar que es un valor fundamental, sin el cual el individuo perdería su calidad de ser humano. De ahí que la dignidad sea inherente a la

persona, además reconocida, aceptada y ejercida por el individuo como un valor supremo que debe ser garantizado por el Estado y por tanto no puede ser excluido de su naturaleza de *ser humano*. Por ello, considerando que las personas desde el nacimiento hasta la muerte están dotadas de dignidad, en todo momento deben recibir un trato humano, es decir, un reconocimiento a su personalidad jurídica como ser humano para vivir dignamente, debiendo evitarse que los pacientes con enfermedad terminal o incurable, sean sometidos a tratamientos inhumanos o degradantes, que afectan su voluntad de morir con dignidad, ya que lo único que debe ser respetado es la voluntad del enfermo.

Ahora bien, en la decisión de una muerte digna se enfrentan dos posturas: la primera, es la dignidad intangible de toda vida humana, esto es, que la vida desde la concepción hasta la muerte está dotada de dignidad, la cual es esencial para el desarrollo óptimo de todo ser humano; y la segunda postura, que considera a la vida como un *bien*, mismo que sin la dignidad, hará que el individuo carezca de calidad de vida, por tanto cuando la calidad de vida disminuye, también disminuye su dignidad.

9.- En nuestro país a lo largo de la historia se han considerado como atenuantes del delito de homicidio o auxilio al suicidio los móviles de piedad o misericordia (véase Capítulo 4), esto es, que cuando al así solicitarlo el agente pasivo, el *sujeto activo* ejecuta el *hecho* por motivos de piedad o misericordia, la pena disminuye al considerar esos móviles como atenuantes de la comisión de algunos de estos delitos.

En el Distrito Federal, el 8 de enero de 2008 entró en vigor la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, la cual establece las formalidades y requisitos para el otorgamiento del Documento o Formato de Voluntad Anticipada en materia de Ortotanasia, aunque este

ordenamiento prohíbe la aplicación de la Eutanasia (véase el Capítulo 4, donde se analizó ampliamente la Ley, no solo en el aspecto de Ortotanasia, también en su técnica legislativa, ya que dicha Ley tiene algunas *deficiencias* que pudiesen derivar en lagunas jurídicas). Cabe mencionar que, derivado de la aprobación de la citada Ley de Voluntad Anticipada, el Código Penal para el Distrito Federal, la Ley de Salud del Distrito Federal y la Ley General de Salud sufrieron diversas reformas para encuadrar su texto al de dicha Ley, evitando antinomias jurídicas (véase Capítulo 4).

Sin embargo y a pesar de los antecedentes históricos e incluso del sentir de la sociedad mexicana (véase Ideología de la Sociedad Mexicana, Capítulo 5), actualmente la práctica de la eutanasia no está legalizada. No obstante es una realidad cotidiana, ya que en diversas ocasiones a los pacientes se les deja de aplicar el tratamiento por su estado médico deplorable o por no tener probabilidades de mejoría o de sanación, e incluso en algunos casos los propios familiares de los pacientes autorizan al médico que omita todo intento de encarnizamiento terapéutico, con la finalidad de procurarle una muerte tranquila y digna al enfermo. Es por ello que si el Estado tiene la obligación de velar por el derecho a la vida, del mismo modo debe considerar que en algunas circunstancias no es factible preservarla ya que solo disminuye su calidad, provocando así que esa vida deje de tener su esencia humana. Por lo que al carecer de un ordenamiento que regule la aplicación de la eutanasia, cualquier persona que intentare realizarla o solicitarla estaría cometiendo un delito, que es el de homicidio. Debido a lo anterior, y considerando que el individuo tiene el derecho a expresar su voluntad cuando está padeciendo sufrimientos insoportables y optar por una muerte sin dolor, es decir, por la aplicación de la eutanasia con la finalidad de provocar bienestar o una muerte digna, evitando una vida dolorosa, es que el derecho a la vida no solo debe entenderse como una defensa de la propia vida, también debe entenderse como el derecho a una vida en condiciones óptimas para que la misma

sea disfrutada por el individuo con la mejor calidad posible. De tal manera, al legalizar la práctica de la eutanasia, es prudente realizar un previo análisis a los ordenamientos vigentes para evitar sanciones o ilícitos, toda vez que el ser humano tiene derecho de disfrutar una vida plena y digna, por lo que la medicina debe continuar dando los elementos para seguir disfrutando esa vida, pero en caso de que las condiciones imposibiliten al individuo para continuar con su desarrollo y continuar disfrutando la vida, es factible reconocerle el derecho a una muerte digna, estableciendo claramente la distinción entre eutanasia y cualquier delito, identificando esencialmente los móviles de piedad y compasión. En este sentido y con la finalidad de legalizar la eutanasia en nuestro país, se deben reformar diversos ordenamientos, como la propia Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal y su reglamento, así como el Código Penal para el Distrito Federal, la Ley de Salud para el Distrito Federal y la Ley General de Salud (véase Propuestas Reformas Legislativas y Reglamentarias en el Capítulo 5).

10.- Por último no debemos olvidar que aún existen *aspectos* indeterminados en la práctica de la eutanasia, como la dignidad humana, la autonomía, la calidad de la vida y la libertad de elección de los enfermos, mismos que pueden enfrentarse a una eventual ambigüedad al legalizarla, especialmente en el caso de enfermedades que afectan el estado de conciencia de los enfermos terminales e inclusive la anulen en su totalidad, o bien cuando se faculta a terceros para autorizar su aplicación, sobre todo cuando éstos pudieran actuar pensando no en el bienestar del enfermo sino en función de algún interés jurídico o beneficio particular.

Por lo que las perspectivas bioéticas deben continuar evolucionando conjuntamente con el desarrollo de la humanidad, sin olvidar que la tecnología no puede estar separada de lo humano, pues lo creado para beneficio del hombre no debe ser utilizado para su perjuicio, por lo que en

todo momento deben ser respetados los principios éticos, los principios de dignidad y de humanismo que rigen en toda sociedad.

Es ante ello, que la eutanasia debe ser considerada como un derecho de todo individuo, es decir, el derecho a una muerte digna. Los individuos desde su nacimiento tienen el derecho a la vida y por tanto a disponer de ella, manifestando su voluntad a través de la libertad y de la autonomía, esenciales para salvaguardar la dignidad humana. Toda persona tiene derecho a la vida y por ende el derecho a morir, es decir, el derecho a combatir la muerte, así como aceptarla, o en su caso a decidir el momento y circunstancia de su muerte, esto es, el derecho a morir con dignidad. Sin embargo, en la aplicación de la eutanasia hay quienes consideran que se violenta el *principio de inviolabilidad* de la vida, por anteponerlo a los demás principios. Lo anterior no debe suponer un enfoque *utilitarista* del derecho a la vida, ya que el derecho a la vida no se contrapone con el derecho a morir con dignidad, toda vez que el derecho a morir con dignidad justamente deriva del propio derecho a la vida. Pero cuando la vida es afectada por agonía prolongada, sufrimientos insostenibles o por encarnizamiento terapéutico, debe preferirse el derecho a morir con dignidad al propio derecho a la vida, puesto que se debe respetar la manifestación de voluntad y proteger la integridad física o emocional de la persona, así como su dignidad, ya que si se limita el desarrollo de la persona, la vida se convierte solo en un *valor biológico* que permite la existencia perdiendo su sentido de *humanidad*, por lo que en estas circunstancias se debe permitir que la persona pueda disponer de su vida, considerando esa disponibilidad como un derecho del ser humano para determinar su muerte digna, evitando sufrimientos físicos o mentales, la pérdida de conciencia, el menoscabo de la calidad de vida, o bien la dependencia a *aparatos* para su subsistencia, que solo prolongan la agonía que en cualquier vertiente provocaría la *muerte*, de tal manera que la aplicación de la eutanasia significa

facultar a cualquier persona a determinar la *forma y circunstancias* para terminar con su vida, es decir, provocar una muerte sin sufrimientos, una muerte digna.

FUENTES

Libros

- CANO VALLE, FERNANDO. Eutanasia: aspectos jurídicos, filosóficos, médicos y religiosos. Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, México 2001.
- COUSINO MAC, LUIS. Breve Curso de Medicina Legal. Editorial San Bernardo, Chile, 1942.
- DÉROBERT, LEONARD. Ética y Medicina, Editorial Guadarrama, Madrid, 1949.
- FARREL, MARTÍN. La ética del aborto y de la eutanasia. Editorial Abeledo-Perrot, Buenos Aires, 1985.
- FERRAJOLI, LUIGI. Derechos y Garantías. Editorial Trotta, Cuarta Edición, Madrid, 1999.
- FERRAJOLI, LUIGI. Los fundamentos de los Derechos Fundamentales. Editorial Trotta, Madrid, 2002.
- HÄRING, BERNARD. Moral y Medicina. Editorial Argos Vergara, Barcelona, 1981.
- HERRERA OCEGUEDA, JOSE RUBEN. La necesidad de legalizar la eutanasia en México. Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2004.
- HIGUEROA, GONZALO. Distanasia y moral; experimentos con el hombre, Editorial Santander, 1973.
- JUAN PABLO II. Encíclica: El Evangelio de la Vida. Editorial Paulinas, 2002.
- LARA MARTINEZ, MARIO. Aspectos religiosos de la eutanasia. Instituto de Investigaciones Jurídicas, Universidad Nacional Autónoma de México, 2001.

- LOZANO VILLEGAS, GERMÁN. La eutanasia en Colombia: algunas reflexiones sobre la jurisprudencia constitucional, Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2001.
- MARQUEZ MENDOZA, OCTAVIO. Bioética laica y derechos humanos. Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, 2004.
- MARTÍN, JACQUES. El budismo y el respeto a la persona humana frente a los riesgos ligados al desarrollo de las Biotecnológicas, Francia, Editorial Martínez Roca, 2005.
- NOGUIERA ALCALA, HUMBERTO. Teoría y dogmática de los Derechos Fundamentales. Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2003.
- PAPA PÍO XII. Alocución del Papa Pío XII al Congreso de la Unión Internacional Católica. Roma, Italia, 1947.
- PAPA PÍO XII. Alocución del Papa Pío XII al Congreso de la Unión Internacional Católica. Editorial Brajal, Roma, Italia, 1947.
- PAPACCHINI, ÁNGELO. Filosofía y derechos humanos. Editorial Prisma, Cataluña.
- PÉREZ VALERA, VICTOR. Eutanasia ¿Piedad? ¿Delito?. Editorial Noriega, México, 2003.
- PÉREZ VALERA, VICTOR. Eutanasia ¿Piedad? ¿Delito?. Editorial Noriega, México, 2003.
- PETER, SINGER. Compendio de Ética, Capítulo 25, Editorial Alianza, Madrid, 1995.
- PETER, SINGER. Compendio de Ética, Capítulo 25, Editorial Alianza, Madrid, 1995.
- RODRÍGUEZ MOLINERO, MARCELINO. Eutanasia. Editorial del Estudio General, Madrid, 1989.
- RODRÍGUEZ MOLINERO, MARCELINO. Eutanasia. Editorial del Estudio General, Madrid, 1989.

- SALDAÑA SERRANO, JAVIER. Objeciones a algunos razonamientos a favor de la Eutanasia. Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2006.
- SHERWIN, BYRON. Jewish Views of Euthanasia, Editorial Marvin Kohl. 1995.
- SOTELO SALGADO, CIPRIANO. La Legalización de la eutanasia. Editorial Cárdenas Velasco, México, 2004.
- TUN RAFAEL, JOSÉ ALBERTO. La aplicación de la eutanasia. Guatemala, febrero 2003.
- VALADÉS, DIEGO. Eutanasia. Régimen jurídico de la autonomía vital, Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2008.
- VAZQUEZ, RODOLFO. Algo más sobre suicidio asistido y eutanasia, Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, 2005.
- WERTHAM, HAYES. Comité selecto en Ética Médica. Publishing Hamilton, Ohio, 2003.

Diccionarios y Enciclopedias

- DE PINA Vara, Rafael. Diccionario de Derecho. Edición 11, México, Porrúa, 1994.
- Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española. Edición 22, Editorial Espasa Calpe, España, 2008.
- DICCIONARIO JURÍDICO MEXICANO. T. VII., Edición 5, México, Porrúa, 1985.
- ENCICLOPEDIA JURÍDICA OMEBA. Edición 3, Argentina, Driskill, 1989.
- INTERAMERICANA/W.B SAUNDERS. Diccionario enciclopédico de Medicina. Edición 26, México, Interamericana, 1988.
- Oxford English Dictionary. Tercera Edición. Ed. Oxford University Press, Oxford, 2005.

Legislación Nacional e Internacional

- Código de Ética de la Asociación Médica Argentina, de la Asociación Médica Argentina de 2001.
- Código Penal de 1871, promulgado el 7 de diciembre de 1871.
- Código Penal de 1929, del 15 de diciembre de 1929.
- Código Penal de 1931, del 12 de diciembre de 1931.
- Código Penal de Argentina, del 16 de Julio de 1985.
- Código Penal de Colombia, de 1936.
- Código Penal de Colombia, del 1° de enero de 2001.
- Código Penal de Holanda, del 27 de marzo de 1976.
- Código Penal de Suiza, del 1° de enero de 2007.
- Código Penal de Uruguay, promulgado el 29 de junio 1934.
- Código Penal de Veracruz del México Independiente, aprobado en 1835.
- Código Penal del Estado de México, del 5 de febrero de 1961.
- Código Penal Federal de México.
- Código Penal para el Distrito Federal, reformado por decreto publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 7 de enero de 2008, entró en vigor el 8 de enero de 2009.
- Constitución de los Estados Unidos de América, enmienda 14. Creada el 17 de septiembre de 1787. Ratificada el 9 de julio de 1868.
- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, aprobada el 1 de diciembre de 1916, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 5 de febrero de 1917.
- Convención Americana de los Derechos Humanos o Pacto de San José, del 22 de noviembre de 1969.

- Convenio de los Derechos Humanos y la Biomedicina. (Convenio de Oviedo), aprobado el 4 de abril de 1997.
- Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, aprobado el 4 de noviembre de 1950.
- Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre del 2 de mayo de 1948.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos, aprobada el 10 de abril 1948.
- Ley 2005-307, publicada el 15 de marzo de 2005.
- Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica de España, publicada el 14 de noviembre de 2002.
- Ley de Capacidad Mental de Gran Bretaña, del 17 de junio de 2004.
- Ley de los Derechos de Información a la Salud y la Autonomía del Paciente de España, del 12 de enero de 2001.
- Ley de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Española, del 21 de diciembre de 2001.
- Ley de Salud para el Distrito Federal, reformada por decreto publicado en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 7 de enero de 2008, entró en vigor el 8 de enero de 2009.
- Ley de Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio de Holanda, aprobada el 12 de abril de 2001.
- Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, del 8 de enero de 2008.
- Ley General de Salud, reformada por decreto del 5 de enero de 2009 publicado en el Diario Oficial de la Federación, entró en vigor el 6 de enero de 2009.
- Ley para la Eutanasia de Bélgica, publicada el 22 de septiembre de 2002.
- Ley para la Eutanasia de Bélgica, publicada el 22 de septiembre de 2002.
- Oregon Death with Dignity Act, artículo 1°. Promulgado el 27 de octubre de 1997.
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos del 23 de marzo de 1967.

- Patient Self- Determination Act. Entró en vigor el 1° de diciembre de 1990.
- Proyecto de Código Penal para el Distrito Federal de 1949.
- Registro de Voluntades Vitales Anticipadas de España, del 14 de noviembre de 2002.
- Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, del 5 de abril de 2008.

Artículos de Revistas y de Periódicos

- ALARCON VAZQUEZ, MANUEL. Respetar la dignidad del moribundo. número 86, Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, 2001.
- ALBERY, MEZEY. "The Natural Death Handbook". *Re-Inventing Society*: Published by Virgin Books. 1993.
- ALBERY, MEZEY. "The Natural Death Handbook". *Re-Inventing Society*: Published by Virgin Books. 1993.
- BEARD, MARY. "Looking for Emperor". *The New York Review Of Books*, número 8, noviembre, año 2007.
- BERNAL, RESTREPO, SERGIO. *Corintios XIII: Revista de teología y pastoral de la caridad*, número 116, año 2005.
- BREMA SESMA, INGRID. *Interacciones entre bioética y derecho*. Número 56, Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, México, 2004.
- Cambio de Michoacán. *Congreso Estatal de Bioética en Morelia*. 7 de noviembre de 2007.

- CARDENAS, SUSANA ACOSTA. "La eutanasia, una palabra lúdica". *Una decisión cultural desde la Bioética*. Número 56, Mayo, 2001.
- CARL B. BECKER. "Opiniones budistas acerca del suicidio y la eutanasia", *Philosophy East and West*. Volumen XL, número 4, octubre, año 1990. Posteriormente fue traducido y publicado en *Revista de Estudios Budistas*, número 4, octubre, año 1992.
- COLEGIO DE BIOÉTICA, A.C. "Eutanasia: hacia una muerte digna", *Foro Consultivo Científico y Tecnológico*, México, julio 2008.
- DESDE LA FE. *La Iglesia condena la eutanasia*. 25 de junio 2007.
- DIAZ ARANDA, ENRIQUE. "Del suicidio a la eutanasia". *Revista de la Facultad de Derecho de la Universidad Nacional Autónoma de México*. Tomo XLIV, número 194, 1994.
- DOCKER GRANT, CHRIS. "Un Testamento Vivo: Cómo hacerlo funcionar", *Revista de la Sociedad de la Eutanasia Voluntaria de Escocia o VESS*, Escocia, 1993.
- EL INFORMADOR. *Benedicto XVI defendió la vida desde su inicio hasta su fin natural*. 12 de febrero de 2009.
- EL MAÑANA. *Aplican el bien morir a partir de los 16 años*. 5 de abril 2008.
- EL OBSERVADOR DE LA ACTUALIDAD. *Voluntad Anticipada*. 24 de junio de 2007. Jaime Septién.
- EL SOL DE MÉXICO. *CDHDF y PAN a favor de Iniciativa de Voluntad Anticipada*. 6 de noviembre de 2007. Abigail Cruz.
- EL UNIVERSAL. *Presentan iniciativa para enfermos terminales en Distrito Federal*. 17 de junio de 2007, Mónica Archundia.
- EL UNIVERSAL. *Urge regular la voluntad de morir: assembleísta*. 23 de noviembre de 2007, Ella Grajeda.

- EL UNIVERSO MÉDICO. *Asegura experto que la Ley de Voluntad Anticipada no tiene razón de ser*. 31 Mayo 2008.
- EXCELSIOR. *El bien morir llega a notarias*. 8 de mayo 2008. David Vicenteño.
- GARCIA RAMIREZ, SERGIO. "Eutanasia, ¿Piedad? o ¿Delito?", *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*, número 71, Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Autónoma de México, México, 1991.
- GARZON VALDES, ERNESTO. "¿Es éticamente justificable el paternalismo jurídico". *Revista Doxa*. Número 5, 1988.
- HENRAZZ, GONZALO. "Eutanasia y dignidad al morir". *Le Monde*. número 561, Holanda. Año 2000.
- KINNEY.C., "The Quinlans Tell Their Story". Editorial Bantam Books. New York, número 825, 1997.
- LA CRONICA. *El calvario de Terri Schiavo*. 23 de marzo 2005. Raúl Trejo Delarbre.
- LA JORNADA, JALISCO. *Los legisladores del PRD "nacieron para matar"*, dice Arzobispado. 25 de junio 2007. Jorge Covarrubias.
- LA JORNADA. *Aprenda a morir*. 29 de septiembre 2008. Hernán González G.
- MARTÍN, JACQUES. "El budismo y el respeto a la persona humana frente a los riesgos ligados al desarrollo de las Biotecnológicas", Francia, Editorial Martínez Roca, 2005.
- MEDINA, GRACIELA. "Prolongar la vida o prolongar la Agonía". *Revista Latinoamericana de Derecho*, Año 2003, número 6 julio-diciembre.
- PANIKER, SALVADOR, "El derecho a morir dignamente". *Anuario de Psicología de la Universidad de Barcelona*, número 4, volumen 29, 1998.
- PAUL MARX, "Euthanasia Worldwide". *Linacre Quarterly*. Agosto, 1990.
- PEREZ VALERA, VICTOR M. *La eutanasia en el judaísmo*. Jurídica-Anuario. Instituto de Investigaciones Jurídicas, Universidad Nacional Autónoma de México, 2003.

- PUY, FRANCISCO. "Fundamento ético- jurídico del derecho a la vida". *Persona y derecho*. Volumen II. España, Editorial. Universidad de Navarra, 1975.
- QUINLAN, KAREN ANN. "The Quinlans Tell Their Story". New York. Editorial Bantam Books. 1997.
- REINALDI, V.F. "Dejar morir sin delinquir". *Revista de la Universidad de Córdoba*, 1996.
- RENTERIA DIAZ, ADRIAN. *Eutanasia y derecho: hacia una ética de la autonomía*, Instituto de Investigaciones Jurídicas, Universidad Nacional Autónoma de México, 1999.
- RIVERA BENITEZ, CESAR. "Aspectos médicos de la Eutanasia". *Revista de Derechos Humanos*. Órgano Informativo de la Comisión de Derechos Humanos del Estado de México. Marzo-Abril, 2001.
- ROMERO BARÓ, JOSÉ MARÍA. "Lógica y ontología en la epistemología de Mauricio Beuchot". *Revista Espíritu*. Volumen XL, Editorial Instituto Balsámico, Barcelona, 1991.
- SHERWIN, BYRON. "Jewish Views of Euthanasia", Editorial Marvin Kohl. 1995
- VAZQUEZ, RODOLFO. *Concepto y justificación de la Eutanasia*. Eutanasia: hacia una muerte digna, Foro Consultivo Científico y Tecnológico, México, julio 2008.
- VELASCO SUAREZ, MANUEL. *Derecho y salud, su protección y fomento*. Bioética para el respeto al derecho a la vida y promoción de la Salud. Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México. México, 2005.
- WERTHAM, HAYES. "The German Euthanasia Program". Hayes Publishing Co., Cincinnati, 1977.
- ZAMORA ETCHARREN, RODRIGO. *El consentimiento del ofendido en la eutanasia*. Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México, 2001.

Paginas de Internet

- <http://bioetica.udesarrollo.cl/html/documentos/documentos/casonancycruzan.pdf>
- http://blogs.periodistadigital.com/religion.php/2007/01/23/muerte_digna_lo_que_va_de_martini_a_ruin
- <http://cnb-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/eutanasia.pdf>
- <http://dgenp.unam.mx/planteles/p8/mixcoac/paginas/eutanasia3.html>
- <http://edant.clarin.com/diario/2005/01/12/conexiones/t-902861.htm>
- <http://hemeroteca.abc.es/nav/Navigate.exe/hemeroteca/madrid/abc/1993/01/28/075.html>
- http://roble.pntic.mec.es/~jfeg0041/todo_reliquias/islam/pag%20islam/coran.htm
- <http://www.alemania-online.de/historia/tercerr/eutanasia.htm>
- http://www.bioeticaweb.com/index.php?option=com_content&task=view&id=4423&Itemid=49
- http://www.elpais.com/articulo/sociedad/ESTADOS_UNIDOS/Tribunal/Supremo/California/condena/vivir/joven/paralitica/Elizabeth/Bouvia/elpepisoc/19840121elpepisoc_11/Tes/
- http://www.fmei.org.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=57:la-eutanasia-voluntad-anticipada-ycuidadospaliativos&catid=46:articulos
- http://www.grijalvo.com/Lerma/Derecho_muerte.htm
- <http://www.jornada.unam.mx/2005/08/03/022a1pol.php>
- <http://www.juridicas.unam.mx/inst/evacad/eventos/2004/0902/mesa12/323s.pdf>
- http://www.medspain.com/ant/n12_may00/Eutanasia.htm
- <http://www.microsofttranslator.com/BV.aspx?ref=IE8Activity&a=http%3A%2F%2Fwww.lib.rochester.edu%2Findex.cfm%3Fpage%3D3129>
- <http://www.morirencasa.org/XSedacion.htm>
- <http://www.muertedigna.org/textos/eutan.htm>

- <http://www.nt.gov.au/lant/parliament/committees/rotti/parldebate.shtml>
- <http://www.segunda-guerra-mundial.com/2gm-el-juicio-de-nuremberg.html>
- <http://www.ucm.es/info/vivataca/anteriores/n68/docencia.htm>
- <http://www.ushmm.org/wlc/article.php?lang=sp&ModuleId>
- http://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_academies/acdlife/documents/rc_pa_acdlife_doc_20001209_eutanasia_sp.html
- http://www.vianocturna.net/articulos_doctormuerte.htm
- <http://www.vidahumana.org/vidafam/eutanasia/testamentos.html>
- <http://www.webislam.com/?idt=7359>
- https://www.wyomingbar.org/pdf/forms/Durable_Power_of_Attorney
- www.accionchilena.cl/Doctrina/Eugenesia%20y%20Eutanasia%20en%20Chile.aspx#2.-_La_Eutanasia_en_la_Antigüedad_
- www.bibliomed.com/biblioteca/paho/derechos
- www.cd hdf.org.mx
- www.cnn.com/2005/LAW/03/31/schiavo/index.html
- www.colegiodenotarios.org.mx
- www.comiteprovida.org
- www.consulta.com.mx/mail/BS210_170407.html
- www.courts.wa.gov/content/Briefs/A08/789312%20prv.pdf#xml=http://206.194.185.202/taxis/search/pdfhi.txt?query=terminally+ill&pr=www&prox=page&rorder=500&rprox=500&rdfreq=500&rwfreq=500&rlead=500&rdepth=0&sufs=0&order=r&cq=&id=4c04dcb411
- www.elpais.com/.../HOLANDA/ESTADOS_UNIDOS/REINO_UNIDO/Testamento/vital/elpepisc/19880201elpepisc_4/Tes/ - 74k -
- www.inacipe.gob.mx
- www.islamreligion.com

- www.jewishvirtuallibrary.org/jsource/Judaism/euth.html
- www.parametria.com.mx
- www.salud.df.mx
- www.tibetcat.com