



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE  
DE MÉXICO  
Facultad de Ciencias Políticas y Sociales



**La eutanasia: una propuesta de análisis para su viabilidad en  
México 2007 a 2010**

Tesis

Que para obtener el título de:

Licenciada en Sociología

Presenta

Claudia Vanessa De la Borbolla Suárez

Director de Tesis: Dr. Jerónimo Baca Hernández

México D.F. 2012



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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



## **Agradecimientos**

A Jerónimo Baca

Por aceptar ser mi asesor, por estar siempre pendiente de esta investigación y porque gracias a su apoyo este proyecto nunca se detuvo.

Agradezco a mis sinodales por su amabilidad, su atención, el ánimo y la orientación que me brindaron en todo momento y que hoy se ve reflejada en la culminación de este proyecto.

A Esther Orozco

Quien me brindó las herramientas para borrar recuerdos y construir futuro.

Con todo cariño y admiración ¡Gracias!



## Dedicatorias

### A mi familia (en orden de aparición)

A mí madre

La mujer que nunca se rinde, la que siempre lucha, la que me ha cuidado y querido incondicionalmente, la que simplemente me dio la vida y a la que tanto quiero.

A mi Hermana Pilar

Cómplice de travesuras y aventuras. La intrépida compañera de juegos y de sueños, la maga que me enseñó a conocer el asombro y saborear los misterios.

A Mi hermano Yoshi

A quien he querido mostrar que la felicidad nunca será imposible y que hay un mundo distinto a aquel que a veces parece estarnos predestinado.

A mis sobrinos Ana Gabriela, Abraham y Johana

A mis tres queridos peques, les dedico este esfuerzo por las inmensas alegrías que me han dado, por hacerme sentir alguien especial con su amor y por el gran amor que les tengo.

## **A mis queridas Amigas (en orden de aparición)**

Cynthia Grandini.

Con quien he llorado las batallas perdidas, y celebrado las guerras ganadas. Quien me ha mostrado como imponerme a mis debilidades y aferrarme a mis quimeras, por su cariño, porque hemos crecido juntas y porque juntas hemos andado la vida.

A Rocio Couch

Quien me ha compartido su hogar, su corazón y el cariño de su familia. Quien con su espíritu amoroso siempre ha estado cuando la he necesitado y con quien los lazos de amistad que hoy nos unen son inseparables.

A Juliana Pérezarce

Con quien he compartido ilusiones, coleccionado metáforas y alegorías de la vida; con quien he construido sueños pero siempre para crear realidades.

A Virginia Núñez

A mí querida amiga quien a pesar de la distancia siempre se encuentra cerca, siempre con su corazón abierto y listo para mostrar el significado de la amistad en todo su ser y en todo su hacer.

A Zuriñe Durán

Quien siempre me sorprende con su espíritu creativo y con sus muestras de cariño y amistad. Quien ha logrado que las tristezas se sientan más pequeñas y que las alegrías se conviertan en júbilo.

A Israel Quintero

Quien con su cariño hizo de mi mundo un lugar acogedor y sereno en donde sé que siempre puedo encontrar la tranquilidad.

A Rosa Sánchez

Quien en muy poco tiempo se ha vuelto una persona importante en mi andar, la amiga con quien he compartido las batallas contra lo injusto y con quien sé que indudablemente seguiré adelante.

Finalmente dedicó esta tesis a todas y cada una de las personas que estuvieron conmigo en los momentos más difíciles con sus enormes muestras de cariño y de solidaridad.





## Contenido

Introducción .....	11
Capítulo 1 .....	21
Cronología de la muerte .....	21
Antigüedad .....	21
Edad Media .....	25
<i>México prehispánico y colonial</i> .....	26
<i>Época Moderna</i> .....	28
Capítulo 2 .....	33
Conceptos centrales para comprender la eutanasia .....	33
<i>Vida y muerte</i> .....	34
<i>La muerte en la realidad inorgánica</i> .....	35
<i>La muerte en la naturaleza orgánica</i> .....	36
<i>La muerte en la realidad humana</i> .....	38
<i>Eutanasia</i> .....	41
<i>Eugenesia</i> .....	44
<i>Asesinato y homicidio</i> .....	46
<i>Enfermedad</i> .....	50
<i>Suicidio y suicidio asistido</i> .....	50
Capítulo 3 .....	52
Factores que intervienen en el fenómeno de la eutanasia .....	52
<i>Los médicos y la obstinación terapéutica</i> .....	55
<i>Testimonio anticipado</i> .....	56
<i>Cuidados paliativos y el doble efecto</i> .....	58
<i>Pendiente resbalosa y sedación terminal</i> .....	63
<i>Muerte digna</i> .....	65
<i>Asociaciones pro-eutanasia</i> .....	67
<i>Argumentos sobre la muerte por eutanasia</i> .....	71

<i>La eutanasia y la autodeterminación del individuo</i> .....	77
Capítulo 4 .....	79
Eutanasia en México: un proceso inconcluso .....	79
<i>Antecedentes en México</i> .....	80
<i>Voluntad Anticipada</i> .....	84
<i>Cuidados paliativos</i> .....	90
<i>Hechos, alternativas y perspectivas</i> .....	92
Capítulo 5 .....	101
Eutanasia: una propuesta para su viabilidad en México .....	101
<i>Tipología de la eutanasia: una propuesta para simplificar y evaluar un proceso</i> .....	101
<i>Ejemplo para uso y aplicación del cuadro tipológico: un caso real</i> .....	108
<i>Aplicación del cuadro tipológico en el caso de la Dra. Postma</i> .....	109
<i>Anotaciones sobre la tipología presentada. Una propuesta de legalización</i> .....	110
<i>Propuesta para la Aplicación de la eutanasia en México</i> .....	118
<i>Clínica especializada en atención de enfermos terminales</i> .....	119
Conclusión.....	125
Bibliografía .....	133
Bibliografía en línea.....	135

## **Introducción**

### *Sobre la elección del tema*

Pensar en eutanasia es pensar en la ineludible muerte y percatarse de su constante presencia en todo lo que vive. Las infinitas formas de acercarse a ella resultan un abanico de ideas y de sensaciones que permiten percibirla como un transcurrir del tiempo, no como un evento estático, sino como un incansable vivir en absoluto silencio. Por ende la muerte, es la causante de que la vida se mantenga activa y empuja al hombre a la acción, como esencia del deseo y motor que activa la vida actuando en consecuencia a través del tiempo en un murmullo constante sugiriendo que cada día será un día menos.

La muerte entonces se cristaliza en el tiempo, y aunque no siempre se piensa en ella porque se olvida o porque se vive como si la vida fuera eterna, en otras ocasiones cuando está cerca se le teme o incluso se le reta, pero siempre al llegar deja el desconcierto.

Recapacitar sobre la muerte me llevó a pensar en el dolor como el intermitente aviso de la enfermedad que puede ser vencida o aquella que abandona su intermitencia para enquistarse en el cuerpo y convertirse en el principal obstáculo de la vida. Entonces la muerte dejó de ser el espacio donde se depositaba el temor y se inclinó hacia el camino doloroso que hay que atravesar para poder llegar al final que no se puede evadir: nuestra propia muerte. Entonces supe que el acto de morir no es el problema, sino que el verdadero conflicto se halla en la vida, en el preciso momento en que las esperanzas se terminan y sólo queda soportar el dolor para llegar al encuentro con la muerte.

Esa idea del dolor como síntoma de la muerte adquirió mayor relevancia en mis reflexiones a causa de algunas experiencias personales y laborales, que me permitieron notar la imposibilidad de una *muerte dulce* que pudiera eliminar los tiempos de agonía. Todo ello me hizo considerar con mayor seriedad e interés este hecho y pasé de la reflexión a consideraciones más serias, es decir, a pensar la muerte dulce como un objeto de estudio y análisis de relevancia social. De esta manera elegí la eutanasia como tema de investigación, pensando en su aplicación en México.

Como resultado de un primer acercamiento fue notorio que en Europa la eutanasia se discutiera como un tema de relevancia e incluso en algunos países se encontrara normada y se aplicara desde hacía al menos una década, mientras que en México parecía tener poca importancia y su historia se reducía a un par de años de debate.

Así, me percaté que la eutanasia era un tema apenas estudiado en México y no había elementos de análisis nacional, poco era lo que se conocía sobre el tema y prácticamente nulo lo que se hacía en razón de ello, la mayoría de la información concerniente al tema era resultado de la investigación realizada en otros países.

### *Sobre el problema, la metodología y su enfoque*

La eutanasia es una gestión viable en México, sin embargo, para que pueda ser llevado a cabo se requiere de la implementación de una serie de condiciones indispensables en los sectores jurídico, económico, político, social, científico e ideológico, que deben adecuarse a las características particulares del país y ser cumplidas con rigor. Revelar que es viable y presentar su estado actual son los objetivos principales que se persiguen en el presente trabajo.

Para demostrarlo se llevó a cabo una exploración documental sobre la eutanasia en México, que comprendió el período 2007-2010, dado que antes del año 2007, prácticamente no existía información nacional que pudiera considerarse relevante. Durante ese período se discutió la legalización de la eutanasia desde diversas perspectivas pero, principalmente, se emprendió un debate político y jurídico que no permitió que se conocieran todos los aspectos que dan forma al fenómeno. Este debate concluyó con la implementación del programa de “voluntad anticipada” con el que se pretendía dar solución a las dificultades que viven los enfermos terminales, pero que al mismo tiempo obstruyó la posibilidad de la legalización de la eutanasia en México en tanto se dio por terminada la discusión.

A esta situación se añade el hecho de que en México no existe una sociedad organizada, políticas sociales, organizaciones no gubernamentales o institución gubernamental que soporte, proponga y promueva el diálogo. Lo que nos pone frente a un profundo vacío social e institucional que impide la construcción del fenómeno y reflejó el desinterés de los diversos sectores de la sociedad, evidenciando el atraso que tiene México en relación con el resto del mundo.

Comprender la eutanasia a través de la construcción teórico-documental nos dará las herramientas fundamentales para plantear un esquema que ayude a reconocer las diferentes formas en las que se puede presentar la eutanasia, (con independencia del problema particular del enfermo) lo cual permitirá responder si es o no aplicable en México y plantear, frente a una revisión de las normas jurídicas del *Código Penal Mexicano*, cuatro tipos de eutanasia que pueden ser excluidos de sanción de delito por inexistencia del mismo.

Para demostrar la viabilidad de la eutanasia en México, fue indispensable responder a preguntas como: ¿Qué es? ¿Cómo funciona? ¿Por qué, a pesar de ser una discusión que se arrastra desde las sociedades más antiguas, hoy en

día sigue siendo motivo de discordia y conflicto? ¿Cómo influye su historia en el presente? ¿Cómo todo ello influye en México? ¿Por qué hoy día no ha sido legalizada? ¿Qué se necesita para ello? ¿Cuáles son las condiciones para su adecuada aplicación? y ¿cuál sería la reacción de los diversos sectores políticos, económicos e ideológicos, del sector salud y la población en general? Los resultados de estos cuestionamientos nos permitieron comprender la percepción general de la eutanasia y sus efectos en México.

Para desarrollar la presente investigación partiremos de una línea de pensamiento conocida como construccionismo social o socio-construccionismo, ésta es una teoría sociológica que tiene aspectos psicológicos debido a que expone la forma en que se adquiere el conocimiento. El proceso de construcción del conocimiento en el ser humano, tiene su origen en la condición social de la cual se conforma, y a su vez, las condiciones particulares de los individuos que en suma son las condiciones sociales.

Así, la construcción del conocimiento en un individuo desde su nacimiento se constituye de forma natural y con el tiempo se confirma gracias a circunstancias o sucesos por los que atraviesa a lo largo de la vida. El individuo es un ente dinámico, con su evolución modifica su pensamiento e influye en aquellos que lo rodean, ésta intervención afecta al medio social, que a su vez se transforma lentamente con su crecimiento. Por lo tanto, lo social en su conjunto conforma lo individual y se vuelve una derivación de lo individual, de lo que resulta *la cultura*.

De esta manera se explica por qué el pensamiento y el entorno de un sujeto (su realidad), son resultado de la interiorización y asimilación de la construcción del conocimiento anterior a la existencia. El resultado será siempre derivado de la construcción social y la capacidad de discernimiento del individuo.

Desde esta perspectiva construccionista, la eutanasia es un fenómeno que se establece en relación con las características temporales y espaciales, determinadas por una serie de normas preestablecidas y por su propia historia, inmerso en un medio social, religioso, ético, político, que determina la concepción del mismo en los sujetos. Por ello, cuando el individuo se refiere a la eutanasia dispone de los conocimientos adquiridos que lo conducen a una postura determinada, según sus cualidades de aprendizaje, observación, análisis, percepción y discernimiento de una idea que es común a la sociedad donde se desarrolla. Esto implica que la percepción que se tiene sobre la eutanasia en la actualidad sea resultado de ese conocimiento preestablecido y del discernimiento colectivo que en conjunto, han forjado su evolución y explican su situación actual en el mundo.

Por otra parte, el construccionismo dice que un estudio social siempre debe ser realizado utilizando el concepto de unidad. Lev S. Vigotsky explica en *Pensamiento y lenguaje*, que en la sociedad existen elementos esenciales que conforman un fenómeno y la ausencia de al menos uno de esos elementos en el análisis puede causar resultados imprecisos. Lo ejemplifica de la siguiente manera: “los métodos que separan a los elementos de la naturaleza pueden ser comparados al análisis químico del agua que la descompone en hidrogeno y oxígeno ninguno de los cuales tiene las propiedades del total, y cada uno de ellos posee cualidades que no están presentes en la totalidad”.<sup>1</sup> Aplicado al presente trabajo proponemos que la eutanasia no sea tratada como un fenómeno mono-causal, ya que se encuentra conformado de diversos elementos esenciales que la convierten en un fenómeno multifactorial, pero todos esos elementos deben encontrarse integrados en una unidad. Es por ello que Vigotsky nos refiere que “cuando hablamos de unidad nos referimos a un

---

<sup>1</sup> Lev S. Vigotsky, *Pensamiento y lenguaje*., México, Quinto sol, 2008, p. 19.



producto del análisis que contrariamente al de los elementos, conserva las propiedades básicas del todo y no puede ser dividido sin perderlas”.<sup>2</sup>

Por otro lado, estudiaremos la eutanasia desde dos enfoques fundamentales:

1.- El discurso sobre los derechos humanos: cuyo razonamiento es de suma importancia ya que a partir de él se intenta establecer el camino a la reflexión que sitúa en el centro del debate las libertades, facultades y requerimientos indispensables para garantizar una vida digna al hombre, evitando las diferencias originadas por su condición natural de vida, es decir: sexo, raza, edad, orientación sexual, etnia, nacionalidad, entre otras; con lo que se pretende fomentar el equilibrio entre el ser y el hacer, entre el pensar, el decidir y el actuar, con la finalidad de fomentar su bienestar e impedir su exclusión en cualquier circunstancia.

2.- El discurso laico: esta forma de percibir el mundo tuvo su origen en Francia a finales del siglo XIX en contraposición con el Estado confesional. Lo que se pretendía garantizar con éste discurso era la libertad de conciencia y evitar la imposición de valores morales y la mezcla de conceptos místicos con laicos. Es decir se instituye la separación entre el Estado y las agrupaciones religiosas. Lo anterior no quiere decir que en la presente investigación se omitan o excluyan temas donde exista la intervención de concepciones y posturas místicas y/o religiosas, por el contrario éstas serán analizadas partiendo siempre de una perspectiva laica, pues son elementos sustanciales en el fenómeno de la eutanasia.

Es importante tener siempre presente que la eutanasia no es un hecho aislado de intereses particulares, sino que pone en juego el respeto a las garantías y los derechos del hombre, así como a valores fundamentales de la vida que son el respeto, la dignidad y la libertad de decidir; en tanto que la ausencia de

---

<sup>2</sup> *Ibid*, p. 20.

estos valores transgrede las libertades individuales y los derechos humanos en conexión con el derecho a decidir sobre el propio cuerpo.

### *Sobre el contenido de los capítulos*

En el capítulo primero, se revisará la eutanasia desde la perspectiva histórica a través de lo que he llamado “cronología de la muerte” elaborada con la intención de mostrar la forma en que la percepción de la muerte ha sufrido modificaciones con el paso del tiempo. Partiremos de la época prehistórica, para finalizar en el momento actual, resaltando primordialmente cuáles han sido los elementos que le han transformado, explicando a través de ellos por qué la eutanasia presenta las características propias que la conforman hoy en día y por qué fueron adquiridas. Así, a través de la historia, observaremos cómo los elementos místicos y religiosos se encuentran entrelazados a fundamentos prácticos y normativos que le dan sentido y cauce.

En capítulo segundo, revisaremos la concepción de la muerte, pero esta vez desde una perspectiva contemporánea, que nos permita reconocer más profundamente el proceso de la muerte y sus diferentes realidades, es decir, las realidades inorgánica, orgánica y humana, diferenciando lo vivo de lo que no lo está y la complejidad del hecho, pero principalmente descubrir la muerte como un proceso natural y fundamental para la continuidad de la vida. La eutanasia no es un solo evento, sino que presenta una serie de circunstancias distintas que hoy en día por falta de información son encasilladas en un mismo concepto: ortanasia, autanasia, eugenesia, cacotanasia, distanasia, adistanasia, y las formas activa y pasiva. Este desglose de conceptos pretende que podamos distinguir con precisión qué es la eutanasia, a qué se hace referencia cuando se habla de ella y principalmente comprender cuál es su trascendencia.

En el capítulo tercero se presentan los factores circunstanciales que intervienen en el fenómeno de la eutanasia; sus condiciones, formas y problemáticas intrínsecas, como son: “la pendiente resbalosa”, “la obstinación terapéutica”, “el doble efecto”, “los cuidados paliativos”, “el testimonio anticipado”, entre otros. También se presentarán diversos argumentos planteados por sectores disímiles que contraponen sus posturas en una ardua discusión que complica toda argumentación e impide generar el acuerdo. Debido a la ausencia de conciliación en el debate se perpetúa la condición actual y se imposibilita el cambio. Este capítulo nos permite observar los principales problemas que presenta la eutanasia, conocerlos nos ayuda a construir un medio adecuado y proponer elementos para evaluarla en México en el caso hipotético de su legalización.

En el capítulo cuarto, se abordan los acontecimientos exclusivos de México, el origen del debate sobre la eutanasia observado principalmente por medio de una revisión hemerográfica. Mostraremos el desarrollo del debate y los resultados de la discusión, los cuales derivan de las perspectivas políticas y religiosas principalmente. El capítulo abarca las discusiones de la eutanasia en México a partir del año 2007 debido a que en ese año se inició su debate, culminando con la creación del llamado programa de “voluntad anticipada”.

En el último capítulo, con fundamento en los apartados anteriores, se presenta la propuesta de un esquema que contiene y compara las diversas formas de eutanasia existentes. Se explica con detalle su utilidad y aplicación. Tal esquema al que he llamado *Tipología de la Eutanasia*, permite establecer cuáles son las diversas formas que presenta y cuáles de ellas pueden ser viables en México.

Finalmente, se presenta una propuesta práctica que explica bajo qué circunstancias y condiciones las formas de eutanasia propuestas pueden ser llevadas a cabo en México, tomando en cuenta los diversos problemas a los

que se enfrentaría el país y, por lo tanto, presentando los ajustes y condiciones necesarios para instituir un proyecto de esta envergadura.



# Capítulo 1

## Cronología de la muerte

La historia de la eutanasia no es un evento superfluo, a través de ella se encuentra el sentido y la conexión de los elementos esenciales que han propiciado su transformación y nos muestra la forma en que se entrelaza el tiempo del hombre con su muerte.

El sentido de supervivencia, la concepción de humillación, y el miedo son elementos centrales para comprender los acontecimientos de la historia, no obstante, en la actualidad estos factores son afectados por dos nuevas condiciones de la modernidad: la ciencia y la tecnología, factores primordiales que propician el cambio frente a la posibilidad de que el dolor sea anulado y por ende que el morir sea una tenue terminación de la enfermedad.

### Antigüedad

Desde la aparición del hombre hasta el fin del cuarto periodo glaciario en el 12,000 a.C. Se conoce que la población tenía una vida nómada, que estaba obligada a buscar refugio, alimento, agua, abrigo y seguridad; esto implicaba que en el tiempo de migración abandonaran a los viejos, los heridos y a los enfermos ya que “durante ese tiempo se vivía frente una economía destructiva, con escasa cantidad de gente que vivía limitada por la

insuficiente riqueza de la tierra, los ríos o de las orillas de los mares, que les obligaban a largos desplazamientos cuando escaseaban o faltaban en la región habitada”.<sup>3</sup> Así que guiados por acciones prácticas, los valores morales o afectivos no eran parte fundamental para la toma de decisiones determinadas por la sobrevivencia; era común, por lo tanto, que la comunidad se alejara de algunos de sus integrantes viejos o enfermos, con la finalidad de liberarse de situaciones que pusieran en riesgo al resto del grupo. Algunos ejemplos de ello son los casos de algunas comunidades esquimales en donde “los propios ancianos o enfermos solicitaban ser abandonados y encerrados y eran mantenidos por tres días dentro de un iglú para morir”,<sup>4</sup> y de otros pueblos antropófagos que mataban a los niños enfermos y ancianos para después alimentarse con ellos.

En la Antigüedad (que se caracteriza por ser la época histórica en la que se desarrollan las primeras civilizaciones) por ejemplo, “se consideraba entre los romanos que la salud del pueblo era la ley suprema por lo que en el imperio de los césares se permitía la eutanasia. Tanto en Grecia como en Roma era común matar niños nacidos con deformaciones o heridos, sin embargo, estas muertes eran provocadas y atroces”.<sup>5</sup> En Esparta era usual que los niños con malformaciones fueran arrojados desde lo alto del monte Taggeto. Los Bretones aniquilaron a los enfermos incurables, exponían a la intemperie y desnudos a los recién nacidos deformes, y ahogaban a las criaturas malformadas, además de que acostumbraban la anticoncepción, el aborto y el infanticidio del hijo de una esclava; todas ellas eran prácticas usuales y legales (dichas acciones no eran realizadas por cólera). También se sabe que en tiempo de Valerio Máximo (s. I a.C. – s. I d.C.) se tenían depósitos de cicuta a disposición de quien mostrase deseos de morir pues como decía

---

<sup>3</sup> Emanuel Marin Correa, *Los tiempos Antiguo*, Barcelona, Marin, 1980, p. 68.

<sup>4</sup> Daniel Behar, *Cuando la vida ya no es vida ¿eutanasia?*, México, Pax, 2007, p. 13.

<sup>5</sup> Lino Ciccone, *Eutanasia ¿problema católico o problema de todos?*, Buenos Aires, Ciudad Nueva, 1994, p. 19.

Séneca, había que “separar lo bueno de lo que no sirve para nada”.<sup>6</sup> Esto hace referencia a una selección humana mejor conocida como eugenesia (concepto que será explicado con detalle en el capítulo siguiente).

En China, por su parte, la eutanasia y la eugenesia se aplicaba a las mujeres que no podían engendrar un hijo varón, por lo que debían morir asfixiadas; a los padres o madres que tenían alguna enfermedad hereditaria y/o contagiosa, se les obligaba a matar al niño producto de esa unión, y por otra parte, también se debía matar al guerrero mal herido (esto último se conoce como *homicidio piadoso*).

Pedro J. La Santa<sup>7</sup> dice que los celtas acostumbraban dar muerte a los ancianos y que en algunos grupos tribales era una especie de obligación que los hijos mayores dieran una “buena muerte” al padre. Ese acto era conocido como despenar (quitar el sufrimiento) lo que implicaba matar con arma blanca al herido de un accidente grave o con enfermedad crónica. Así, el acto de dar la muerte al enfermo era considerado un hecho honroso y privilegiado para quien lo realizaba.

Dichos hechos pueden contrastarse con el juramento hipocrático alrededor del año 500 a.C, que dice: “Jamás daré a nadie medicamentos mortales por mucho que me soliciten, ni tomaré iniciativa alguna de este tipo, tampoco administraré abortivos a mujer alguna por el contrario, viviré y practicaré mi arte de forma santa y pura”.<sup>8</sup> (El cual sería difundido y adoptado por Galeno cerca del año 200 d.C.) y con la difusión de una nueva moral conocida como doctrina estoica iniciada por Zenón en el año 300 a.C. en la que se exaltaba la vida sencilla y moderada pretendiendo evaluar las leyes de la naturaleza,

---

<sup>6</sup> Philippe Ariés y George Duby, en: *Historia de la vida privada: del Imperio romano al año mil*, I, Madrid, Alfaguara, 1987, p. 23.

<sup>7</sup> Pedro J. Lasanta, *La eutanasia ¿es buena muerte?*, Logroño, Horizonte, 2006, p. 19.

<sup>8</sup> *Juramento Hipocrático (500 A.C.)*, Actualización de la fórmula hipocrática de Ginebra, 1948, revisada en Sydney 1968 [en línea] portal Asociación Médica Mundial, <http://www.bioeticanet.info/documentos/JURHIP.pdf> [última consulta 7 de agosto de 2010].



defendiendo la igualdad y solidaridad entre los hombres influenciada por doctrinas semíticas y cristianas, principalmente en lo relativo a la ética y la cosmología.

Los valores de la Antigüedad en relación con la muerte pueden ser distinguirse en dos perspectivas: en primer lugar por una cosmovisión basada en valores que permiten una muerte rápida y anticipada y que pretende salvar al hombre de la humillación y el deshonor a través de la reducción del sufrimiento tanto para él moribundo como para su comunidad y en segundo lugar desde una perspectiva divina donde la vida es un bien supremo, lo que implica que adelantarse la muerte o dársela a otro es inaceptable.

Por lo anterior se puede sustentar que la eutanasia en su transcurrir histórico ha pasado por diversas etapas, pero que hay dos factores principales que la diferencian de lo que se entiende por eutanasia actualmente:

1. La motivación: Es decir, aquello que sugiere al hombre realizar o ayudar en la aplicación de la eutanasia, como resultado de un sentimiento benévolo de compasión, misericordia, piedad o lastima, que pretende evitar la agonía, en contraposición con el sentido de practicidad y conveniencia por la sobrevivencia de la especie.
2. La forma: Un proceso que sea llevado a cabo con los implementos tecnológicos que se tienen en su momento, según el desarrollo de la sociedad en que se habita, es decir, acelerar la muerte con una cuchillada, una espada, veneno o abandono resulta distinto de contar con implementos que permitan no sólo que la muerte sea rápida, sino que sea indolora e imperceptible debido al desarrollo y avance de la ciencia médica.

## Edad Media

En la Edad Media se fortalece una de las ideologías de mayor preponderancia en las sociedades de Occidente, la religión judeo-cristiana que durante esta época adquirió numerosos seguidores.

Tomás Moro, por ejemplo, se convirtió en uno de los principales precursores de la ideología de esta época y los diez mandamientos fueron considerados un eje a través del cual el hombre debía conducirse. Entre estos mandamientos se encuentra el número 5, que dice “no matarás” y que se consideró uno de los más graves pecados. El establecimiento de la ideología religiosa se fortalece, y su influencia en el mundo conduce al hombre en dirección a la conformación de una sociedad “civilizada” que por un lado fomentó el respeto a la vida y el sentido de compasión, y por otro impulsa doctrinas que niegan al ser humano el derecho de disponer de su propio cuerpo, adjudicando éste derecho a una propiedad sagrada de Dios.

El suicidio, desde esta perspectiva, se convirtió en una falta a la ley de Dios y del Estado. Santo Tomás de Aquino decía “el suicidio no sólo es pecado porque viola el quinto mandamiento, sino porque no deja tiempo para el arrepentimiento”.<sup>9</sup> Pedir la muerte o dársela a sí mismo se convierte en un pecado, y aproximarla a otro ser para evitar su sufrimiento, se convierte en un acto que requiere de escarmiento quitándole al suicida el derecho de recibir sepultura cristiana, aunque ésta fuera realizada con la intención de ayudar a bien morir al enfermo.

Como resultado de la historia, el pensamiento de la Antigüedad de griegos y romanos se desvanece ante el crecimiento espiritual judeo-cristiano y éste surge como un medio de control Estado-Iglesia por la vía del miedo y la culpa, como sucedió durante la Santa Inquisición.

---

<sup>9</sup> Daniel Behar, *op. cit.*, p. 15.

### *México prehispánico y colonial*

En paralelo al desarrollo de los países Europeos la vida en México (hasta antes de la colonización) se desarrolla de forma independiente, Alfonso Pérez Reguera dice que la idiosincrasia en México es “resultado de un proceso de evolución propia de sus habitantes y del esfuerzo de muchos milenios de desarrollo cultural que nace desde la llegada de sus primeros habitantes”<sup>10</sup> es decir, se transforma y construye en relación a su espacio y temporalidad histórica, ajena a la influencia de la cultura y costumbres de otros continentes.

En el México antiguo se conoce que el sacrificio humano era un acto honroso para los hombres, incluso se aseguraba a aquellos elegidos quienes serían beneficiados por los dioses y tendrían un lugar cerca de ellos mientras que a sus familiares no les faltaría bien material ni cuidado.

Comprender el objetivo de los sacrificios prehispánicos es primordial para que no prevalezca la idea del sacrificio sólo como un crimen, dado que se encontraba sostenido por una cosmovisión religiosa que permitía la prevalencia de la humanidad en la tierra.

Así, encontramos tanto en los toltecas como en diversas culturas antiguas que se podía dar sentido y explicación a los acontecimientos de la naturaleza por medio de argumentaciones mitológicas, y que la realización de los sacrificios estaba fundamentada.

Entre los toltecas y los aztecas por ejemplo, se podía explicar el sacrificio humano con el hecho de que era necesario para poder preservar la vida del quinto sol que sabían iba a extinguirse, para ayudarlo era necesario alimentarlo con lo que ellos llamaban el líquido vital y sagrado representado

---

<sup>10</sup> Alfonso Pérez Reguera y Alejandra Pérez Reguera García, *México, nación de mitos, valores y símbolos: desde las culturas formadoras hasta la conquista*, México, Instituto Mexicano de Contadores Públicos, 2002, p. 39.

por la sangre y por el corazón humano, con la finalidad de cambiar el destino del dios sol, quien a su vez derramó su sangre para crear la vida de los hombres. Así, “el sacrificio de los dioses era para mantener la vida de los seres humanos, concepto que va a ser primordial en el pensamiento religioso de los mexicas”,<sup>11</sup> convirtiendo el dolor de los dioses y de los hombres en el origen del movimiento y la continuidad de la vida humana.

Con la llegada de los europeos a tierra americana se producen grandes cambios en la vida de las culturas antiguas de América. En México, perder la guerra contra los europeos no sólo significó su sometimiento físico sino también el ideológico (en tanto sus dioses habían perdido la guerra contra los dioses invasores), y los obliga a cambiar su idiosincrasia.

Ese hecho generó su adhesión a otras formas de pensamiento y la consumación de la sumisión de las culturas mesoamericanas a los nuevos dioses, convirtiéndose poco a poco al catolicismo y transformando su cosmovisión del mundo incluyendo su relación con la muerte. Con el paso del tiempo el suicidio se volvió pecado y honrar al guerrero con el sacrificio después de la batalla fue prohibido, el autosacrificio para los guerreros que no morían en la lucha y quedaban mal heridos dejó de ser una práctica. Así, con la colonia y la sumisión al nuevo Dios, desaparece lo que consideraban una muerte honrosa y rápida.

Tener presentes esos acontecimientos permite comprender cómo y por qué la imposición de una nueva cultura fue factor fundamental en la transformación del significado de la muerte, y percatarnos de la gran importancia que tiene el pensamiento místico-religioso en dichos acontecimientos, sin los que muy probablemente no habrían podido suceder. A pesar de la dura transformación que sufren las culturas antiguas no se puede borrar su historia, lo que significa que se presenta un proceso de sincretización, evidente en las costumbres y

---

<sup>11</sup>*Ibid*, p. 174.

tradiciones propias de México, por ello y a pesar de la aplastante imposición de los valores occidentales la conceptualización de la muerte es resultado de la conciliación de ambas culturas en América.

La muerte en la cultura antigua y en la Edad Media, tienen características diametralmente opuestas, considerar que una concepción es buena y la otra es mala o que una forma de morir es mejor que la otra es resultado de una serie de valores sociales. Por ello es indispensable pensarla desde una perspectiva laica que nos oriente y permita establecer cuáles son las condiciones que permitan al ser humano adquirir una mejor condición al momento de su muerte.

### *Época Moderna*

A partir del siglo XV, y como contraparte del pensamiento de la Edad Media en Europa, confluyen y se desarrollan ideas antes inaceptables.

A Francis Bacon (1561-1623) por ejemplo, se le atribuyó el uso del término la *ayuda en el morir* “para referirse a aquellas medidas encaminadas a transformar el episodio de la muerte en algo menos desagradable por lo que el médico debía ayudar a mitigar el dolor y sufrimiento”.<sup>12</sup>

En el siglo XVII, “se utiliza el término eutanasia para referirse a muerte fácil”.<sup>13</sup> Incluso en la práctica los médicos idearon poner en un solo lugar a todos aquellos enfermos que consideraban indeseados para evitar contagios alejándolos del contacto humano; ello se parecía más a una forma de ocultar la realidad que a un interés por comprenderla.

David Hume decía que, en el momento en que la vida se convierte en una carga, el arrojo y la cordura debían ayudar a acabar con la existencia. Lo que

---

<sup>12</sup> Pedro J. Lasanta, *op. cit.*, p.20.

<sup>13</sup> *Ibid*, p. 19

parecía ser un llamado a la conciencia individual estaba orientado más bien a la práctica suicida.

En siglo XVIII, la visión práctica de la muerte, sufre sutiles cambios “los médicos comienzan a opinar públicamente sobre su responsabilidad frente a la muerte para ayudar a tener una muerte más tolerable y humana, uniéndose así a las ideas expresadas por los filósofos”.<sup>14</sup> La muerte ya no sólo era concebida como un mal por el cual era necesario alejar o matar a aquellos que ponían en riesgo la vida de otros, sino que implicaba un compromiso hacia otros.

Antes de continuar con lo relativo al siglo XX cabe mencionar que en la época moderna es notorio que durante los siglos XVI y XIX se carece de datos que revelen cambios en la relación del hombre con la muerte y en particular a la eutanasia. No obstante, conforme nos acercamos al siglo XX, podemos observar que el fenómeno de la eutanasia adquiere progresivamente mayor presencia e importancia.

El siglo XX, se caracterizó por ser un siglo lleno de contradicciones, por un lado se consideraba la eutanasia un mal y por el otro un bien necesario que conlleva al surgimiento de diversas asociaciones a favor de ella.

En la Alemania Nazi (1933-1945) por ejemplo, se incorporó la llamada eugenesia nazi, no sólo como discurso político, sino que fue llevada a la práctica con el fin del exterminio haciéndola llamar “higiene racial” y en cuyo proceso, además de la eugenesia, se aplicó la tortura, la mutilación, y la violación. Argumentando que todo era por la mejora de la especie.

En 1933 en Uruguay, se establece en el artículo 37 del Código Penal que el juez podía exonerar de castigo al sujeto que cometiera delito de homicidio si éste era una persona con antecedentes honorables y si el móvil era realizado por piedad, mediante las suplicas de la víctima, mismo hecho aplicaría en

---

<sup>14</sup> Arnoldo Kraus y Asunción Álvarez, *La eutanasia*, México, Tercer Milenio, 1988, p. 10.

Colombia, en su artículo 364 desde 1936 y en Argentina en su artículo 114. No obstante, hoy en día en ninguno de estos países se ha legalizado la eutanasia.

En Suiza por su parte el código penal regente desde 1942 ha seguido el criterio de atenuante y la pena que se establece es de 3 días a 3 años. El juez puede imponer al hecho el mínimo de la pena por lo que resulta prácticamente el perdón judicial de aquel que realiza la muerte benéfica.

Por el contrario, en Estados Unidos, el Dr. Jack Kevorkian, médico e investigador, mejor conocido como el *Dr. Muerte*, aplicó a sus pacientes y promovió la práctica de la eutanasia pese a su prohibición “en 1956, sentó las bases para un movimiento general que buscaba un camino intermedio, dejando a la oposición tradicional contra toda clase de eutanasia como otra forma de extremismo y ofreció la opción al suicidio con asistencia médica, como la más moderada”.<sup>15</sup> Su invento más sobresaliente fue la llamada “máquina de la muerte” un aparato que contenía infusiones y que al ser activado por el mismo paciente, producía la muerte sin ningún tipo de dolor o molestia.

Las acciones del Dr. Jack Kevorkian, ocasionaron que “en Michigan se precipitara la aprobación de una legislación que prohibiera el suicidio con asistencia médica”<sup>16</sup> y que la Asamblea General de la Asociación Médica Mundial condenará la práctica de la eutanasia en cualquier circunstancia.

Para 1968 y 1970 se solicita el permiso de aplicar la eutanasia en Inglaterra y Suiza, sin embargo, el resultado continuó siendo negativo.

Uno de los ejemplos de la aplicación legal de la eutanasia lo podemos encontrar en Holanda donde se ha aceptado y es hoy en día una realidad. A partir de este evento la sociedad ha sufrido importantes transformaciones en

---

<sup>15</sup> John Keown, *La eutanasia examinada: Perspectivas éticas, clínicas y legales*, México, FCE., 2004, pp. 20-21.

<sup>16</sup> *Ibid*, p. 24.

su manera de pensar la muerte, este hecho excepcional se ha convertido en algo rutinario, a tal punto, que incluso han creado una píldora conocida como la píldora del último día, el fármaco tiene el nombre de Drion píldora, (por el nombre del parlamentario que la propuso), quien sugiere “que cada anciano debería tener una en su mesita de noche para que pueda acabar con su existencia”<sup>17</sup> en el momento que lo desee.

Desafortunadamente a lo largo de la historia y debido a los intereses de las naciones se observa el mal uso que se ha dado a los avances científicos y tecnológicos. En el caso particular de la eutanasia, la actitud discriminatoria e irracional de algunos países como Japón y Alemania ha violentado los derechos humanos con acciones como la esterilización forzosa a personas con defectos genéticos, el asesinato institucional y los genocidios, lo que da como resultado el establecimiento del miedo, uno de los motivos por los que muchas personas hoy en día están en contra de su legalización.

En los últimos años, en México se inicia una importante discusión en torno a la eutanasia, partiendo de hechos relevantes que han dado apertura e impulso al tema de forma profunda, desde múltiples perspectivas y con la participación de los diferentes sectores de la sociedad, no sólo en el ámbito de la salud, sino también de lo cultural, del derecho, la política, la salud, la ciencia y la tecnología.

El estado general de la eutanasia (que será revisado con mayor detenimiento en capítulos posteriores) en la actualidad se encuentra de la siguiente manera:

En Holanda, Bélgica y Luxemburgo se aprobó y legisló la *eutanasia activa voluntaria*, mientras que en Suiza y Suecia se admitió el *suicidio asistido*; en Australia se admitió el derecho a la muerte natural y el derecho del enfermo a revisar su caso de manera particular en la corte, mientras que en España no

---

<sup>17</sup> *Ibid*, p. 34



hay ningún tipo de aprobación pero existe la organización social que ejerce presión al Estado con la finalidad de adquirir su derecho a una muerte digna.

En cuanto al “testamento de vida” del cual se hablará con detalle más adelante, también presenta diversos cuestionamientos ideológicos, políticos y legales relacionados a su adecuado funcionamiento por los riesgos que representa para el enfermo.

Asimismo, hay en el mundo 45 asociaciones sociales que luchan a favor de la eutanasia.

En México por su parte existe el programa de “voluntad anticipada” que tiene la finalidad de evitar que procedimientos médicos dolorosos e inútiles sean aplicados a un enfermo terminal a fin de que reciba sólo los cuidados necesarios para reducir su sufrimiento.

## Capítulo 2

### Conceptos centrales para comprender la eutanasia

El presente capítulo pretende mostrar los diversos conceptos de la eutanasia con la finalidad de que se entienda con precisión qué es y que se diferencie de las diversas formas y procesos que no son *eutanasia* pero que son llamados de la misma manera.

Distinguir la diferencia entre los demás organismos vivos y el hombre nos sitúa irremediabilmente en una condición distinta ante la existencia de la conciencia de nuestra propia muerte, ella nos diferencia y le da sentido a nuestro andar en la vida al mismo tiempo que evidencia los límites de su comprensión.

Los esfuerzos científicos para vencer la muerte y la enfermedad frente al sueño de la vida eterna e inalcanzable nos vinculan con la necesidad de resolver al menos aquello que sí está en nuestras manos pretendiendo al menos darle término de una manera digna. Sin embargo, ello no siempre es posible debido que la muerte no sólo sucede por enfermedad, sino por diversas condiciones externas, como la lucha por el poder que tantas vidas ha costado y que han puesto al hombre como víctima de sus propios descubrimientos. Lo anterior es evidente cuando se recuerda la historia de la Alemania Nazi, que transformó una práctica llamada eugenesia a otra mejor conocida como genocidio. Es muy importante acentuar, el hecho de que las cosas no se presentan de una sola forma ni de forma independiente a su momento histórico, para que podamos comprender que cuando se habla de

eutanasia no nos referimos a las antiguas formas de asesinato, sino a una eutanasia que pretende ser de ayuda frente a las condiciones existentes en el presente dadas las condiciones por el avance científico y tecnológico.

Revisaremos los términos de asesinato, homicidio y suicidio desde la perspectiva legal para esclarecer las diferencias y similitudes entre estos conceptos y la eutanasia centrándonos principalmente en el problema de la intencionalidad del acto, donde desde esta perspectiva se concentra uno de los problemas fundamentales de la eutanasia.

### *Vida y muerte*

Definir los conceptos de vida y muerte, es un acto complejo; científicos y filósofos han precisado que la muerte no es sólo la continuación del proceso de la vida, sino que, cuando se vive, simultáneamente se está muriendo, al mismo tiempo que cuando se está en estado de desahucio se está muriendo y se está vivo. Una precisión de este tipo podría parecer innecesaria, sin embargo, nos permite afirmar la relación del estado de la vida y la muerte como un proceso único y simultáneo, es decir, una unidad conformada por dos compuestos sincrónicos que permiten la renovación del organismo.

Hay muchas formas de nombrar la muerte: fallecer, fenecer, cesar y perecer, y se habla de ello generalmente cuando el individuo ya ha dejado de existir.

Tratar de definir la muerte como un suceso acontecido resulta complicado porque es hablar de aquello que ya no tiene existencia (es decir, no tiene tiempo, ni conciencia, ni espacio físico) para sí mismo; sin embargo, para quien interviene en dicho proceso de forma cercana adquiere mayor importancia.

Ferrater en la obra *El ser y la muerte* explica la muerte desde una concepción biológica con perspectiva organicista y vitalista en tres niveles: *el inorgánico*, *el orgánico* y *el humano*, definiendo cada uno según las diferencias que presentan y distinguiendo las propiedades del significado de cesar y de morir en la materia, en lo orgánico y en lo humano, puesto que para él toda muerte es cesación pero no toda cesación es una muerte. Con lo anterior se plantea nuevamente un problema conceptual, que deja claro a lo largo de su tesis y que al mismo tiempo permite esclarecer el significado de la muerte y su particularidad en el hombre.

### *La muerte en la realidad inorgánica*

Para iniciar es importante dilucidar que para el autor una realidad es una entidad, si se dice de algo que “ha cesado”, se refiere entonces a una entidad inorgánica que ha dejado de existir. Ferrater estudia la dualidad *elemento-estructura* y dice que “*Elemento* designa cualquier parte componente de cualquier realidad inorgánica, y el término *estructura* designa el modo o modos como los elementos se hallan entreverados”.<sup>18</sup> Por lo tanto, define que “una estructura es la suma de los elementos, de suerte que no puede tener otras características que las que resultan de la suma de las propiedades de los elementos”.<sup>19</sup>

Podemos definir que una entidad inorgánica es una estructura conformada por elementos que se hallan entreverados, esto quiere decir que si esa entidad cambia las propiedades de su estructura, porque cambia la forma o unidad de sus elementos, la entidad inorgánica cesa. Esto sucede cuando los elementos que la componen se separan o dejan de funcionar en la forma adecuada para que continúe existiendo la estructura.

---

<sup>18</sup> José Ferrater Mora, *El ser y la muerte*, Madrid, Alianza, 1998, p. 32.

<sup>19</sup> *Ibid*, p. 33.

Por lo tanto, propone que todo cambio es terminar, cesar o dejar de existir para las realidades inorgánicas; un ejemplo es la existencia de una roca que está formada por partículas (elementos) conformados de un modo que las mantiene unidas dándole forma (estructura), sin embargo, debido a diversas condiciones ambientales la piedra comienza a degradarse hasta dejar de existir, los elementos que conforman la piedra continúan existiendo pero estas partículas ahora son polvo y la piedra ya no existe.

### *La muerte en la naturaleza orgánica*

Ferrater explica la naturaleza orgánica según su grado de complejidad, esto es en relación a organismos monocelulares, primarios o pluricelulares y organismos que llama superiores.

Nos dice que en la naturaleza orgánica no hay sólo cesación, como sucede con las realidades inorgánicas, sino que cuando la naturaleza orgánica muere se debe a una sucesión de causas correspondientes a fenómenos propios de la naturaleza. En el caso de los organismos monocelulares, por ejemplo, se ha llegado a decir que son potencialmente inmortales o indefinidamente regenerables, como han revelado experimentos biológicos, donde son sometidos a ambientes propicios que permiten mantenerlos con vida indefinidamente. Asimismo, menciona que se ha demostrado con organismos primarios que:

Se puede mantener la vida de una célula sin reproducción a base de seccionar periódicamente partes del protoplasma con el fin de conservar el tamaño original, y que también se consiguió prolongar la vida de organismos monocelulares, posteriormente los de tejidos celulares y finalmente los de organismos multicelulares relativamente complejos, sometiéndolos a bajas temperaturas y evitando la formación de cristales de hielo que produjeran un efecto letal.<sup>20</sup>

---

<sup>20</sup> *Ibid*, pp. 74-75.

Sin embargo, de forma natural -y a pesar de su capacidad por regenerarse indefinidamente- estos organismos mueren, lo que llevó a pensar que el envejecimiento y la muerte son propiedades innatas y naturales de estas células.

En el caso de los organismos más complejos o pluricelulares se ha observado que su muerte se encuentra generalmente en función de un sistema central que controla cada una de las complejas estructuras orgánicas que lo conforman, pero que también pueden mantenerse con vida incluso después de la muerte del organismo al que pertenecen. Esto quiere decir que al interior de nuestro cuerpo la muerte está presente en todo momento, en cada tejido o célula que lo conforma, pero que también cada parte de él muere en diferentes momentos incluso cuando el organismo central que lo controla deja de funcionar.

El envejecimiento, por ejemplo, “se detecta como un proceso que no se extiende parejamente por el organismo entero, con todo ello se entiende que la muerte de un organismo que se encuentra controlado por una función central que no afecta de manera inmediata la existencia total del cuerpo en el que se conforma, y por lo tanto cada entidad va muriendo en partes hasta afectar aquellos órganos responsables del funcionamiento general.

Es por ello que la determinación de lo muerto se establece dentro de ciertos límites que dependen de la capacidad de recuperación de cada organismo, de modo que en el ámbito científico se distinguen cuatro tipos de muerte.

- **“La muerte aparente o relativa:** pérdida del tono muscular, paro respiratorio, baja actividad cardíaca y circulatoria, el enfermo puede volver a la vida sin pérdida de conciencia.

- **La muerte clínica:** se presenta cuando cesa la actividad cardíaca y respiratoria, ya no hay reflejos, pero hay aún reacciones metabólicas y puede volverse a la vida excepto en casos de anoxia (falta de irrigación sanguínea).

- **La muerte absoluta:** cuando hay muerte cerebral y el organismo queda en estado vegetativo o en coma. Siempre y cuando el enfermo no haya ingerido alguna droga, o se encuentre en estado de hipotermia.

- **La muerte total:** culminación del proceso, es decir cuando ya no existen células vivas”.<sup>21</sup>

Hasta este momento podemos decir que morir es un fenómeno propio del mundo orgánico, y que “la mortalidad no es una propiedad constitutiva, sino constituyente”<sup>22</sup> de los organismos celulares, asimismo que “morir tiene lugar en gran parte porque lejos de romper definitivamente el círculo de la vida termina por renovarlo”.<sup>23</sup>

### *La muerte en la realidad humana*

La muerte humana es más compleja que la de un organismo monocelular o pluricelular, hay elementos componentes exclusivamente del hombre que no nos permiten hablar de él en un sentido estrictamente biológico, a pesar de que estamos conformados por estos mismos organismos celulares que funcionan dentro de nosotros con las mismas reglas con que se conforman dentro de un organismo central para mantenernos con vida.

Durante siglos se afirmó que el hombre llevaba dentro de sí un elemento no material que lo diferenciaba de otras formas de vida, a este elemento le dieron los nombres de alma, espíritu, psique o razón; para Santo Tomás, el hombre tenía un alma a la que llamó espíritu, mientras que San Agustín consideraba muy importante distinguir entre esta alma o espíritu y el cuerpo. Sin embargo, Ferrater expone que:

El ser humano no tiene propiamente hablando un cuerpo, porque es más bien un cuerpo (su propio cuerpo). El hombre es un modo de ser un cuerpo (lo que

---

<sup>21</sup> Daniel Behar, *op. cit.*, pp. 47- 48.

<sup>22</sup> José Ferrater Mora, *op. cit.*, p. 91.

<sup>23</sup> José Ferrater Mora, *op. cit.*, p. 91.

incluye la relación entre este cuerpo y el mundo circundante). Así, si el hombre se distingue de otros seres biológicos no es porque a diferencia de ellos posea alguna realidad además del cuerpo, es por el modo en que su propio cuerpo es, funciona<sup>24</sup> e interactúa.

Desde esta perspectiva el cuerpo en sí es un organismo único no dividido entre orgánico (cuerpo) e inorgánico (alma). Por lo que resulta inapropiado establecer la imagen de un espíritu y de un cuerpo que al fenecer el alma continúa su trascendencia. Sin embargo, y sin intención de generar debate respecto a este punto, la realidad es que el cuerpo deja de existir y aquello que sucede con el alma, espíritu o energía que se desprende de él, no puede hasta el momento ser inteligible en la dimensión de la razón humana, únicamente puede ser presentado y explicado como un supuesto. Como conclusión respecto a la conformación del ser humano, Ferrater dice que:

Resulta que en el hombre no se puede encontrar nada que trascienda absolutamente de su cuerpo ya que lo que puede *trascender* de él son simplemente las *objetivaciones* (*los productos culturales*). El ser humano no es una realidad o conjunto de realidades unificadas por cierto elemento o principio existente *más allá o más acá* de él. Si se considera el ser humano como un conjunto, habrá que convenir en que se trata de un conjunto cuyo único subconjunto es él mismo.<sup>25</sup>

Con ello se puede establecer que el hombre es el único organismo vivo al cual podemos conocer en su conjunto, con su pensar y sentir, más allá de la función orgánica, de su conducta y del resultado de ellas, (sus “*productos culturales* los cuales se visualizan en su hábitat) quedando así, imposibilitados para conocer a otros organismos vivos, más allá de sus funciones orgánicas y el reflejo de ellas.

Ferrater dice que lo que hace al ser *viviente*, no es su vida, sino parte de la vida de la especie a la que pertenece, por lo que las conductas y acciones que establece para conducir la dirección de su vivencia están dirigidas por su comunidad y su cultura.

---

<sup>24</sup> José Ferrater Mora, *op. cit.*, p. 95.

<sup>25</sup> *Ibíd.*, pp. 95-96.



El hombre es un *ser orgánico*, con una *realidad humana* (inorgánica), su historia, cultura y tradiciones son cosas que hace y muchas de ellas son un mecanismo de defensa donde la cultura resulta posible por los impulsos e instintos, pero al mismo tiempo independiente de éstos y de la forma de convertir el mundo humano en un mundo objetivo; así, la situación que vive el hombre individual o colectivamente es histórica, por lo que el vivir humano es histórico e irreversible.

El ser humano es para sí mismo, mientras que la vida es para la muerte. Ferrater afirma que “la muerte otorga a la vida humana no sólo su realidad en cuanto a ser (existencia) sino también en cuanto a sentido”<sup>26</sup> (entendiendo sentido, como la dirección u orientación hacia donde el individuo dirige su desarrollo y su actuar en la vida). Por lo tanto la presencia de la muerte permite encauzar la razón y la existencia, moldeando la vida de los individuos, no porque sea lo único importante, sino porque sin ella nada sería trascendental y posible.

La muerte para el hombre es una total incertidumbre, lo que vemos de ella es sólo el residuo, el cuerpo sin vida, el cadáver sirve de testimonio de la existencia, el momento en que se ha llegado al fin de la vida, es el límite de la razón humana, y deja ver que se encuentra fuera de cualquier posible experiencia, por lo que cada muerte representa para sí su propia mortalidad, sabe que va a morir y no hay razón que pueda explicar lo que significa estar en el lugar de lo muerto, de aquello que representa el vacío, el suceso sin continuidad.

---

<sup>26</sup> José Ferrater Mora, *op. cit.*, p. 120.

## *Eutanasia*

Resulta fundamental identificar con claridad los elementos que conforman el fenómeno de la eutanasia, tomando tanto los aportes más sintéticos como los más amplios y complejos.

El diccionario de *La Real Academia Española* define que la palabra Eutanasia proviene “del griego *Eu* que significa bueno y de *Thanatos* que significa muerte”. En su forma más condensada se conoce como *buena muerte*. Asimismo, menciona que “es un acto u omisión que tiene el fin de evitar sufrimiento a quien se encuentra desahuciado a través del aceleramiento de su muerte con o sin su consentimiento y sin sufrimiento”.<sup>27</sup> Pedro J. Lasanta adopta dicha definición de la eutanasia:

Es un acto en el que por razones humanitarias, relacionadas con el sufrimiento se provoca intencionalmente la muerte de una persona, ya sea mediante una acción directa (producción o anticipación de la muerte) o indirecta (sin intentar detener la muerte), generalmente se actúa así ante una enfermedad incurable, algo letal, una lesión dolorosa o un evento que cause un enorme dolor físico o moral y según el caso se puede denominar voluntaria o involuntaria.<sup>28</sup>

Y menciona que se considera que en estos casos la vida del individuo carece de valor.

Lino Ciccone menciona en su libro *Eutanasia ¿problema católico o problema de todos?* dos tipos de eutanasia: *la activa y la pasiva*. Las cuales describe como “Una acción u omisión que por su naturaleza, o por su intención procura la muerte con el fin de eliminar todo dolor”.<sup>29</sup> En el caso de la primera nos referimos a un hecho provocado intencionalmente a través del suministro de algún estupefaciente o alguna sustancia letal, en el segundo

---

<sup>27</sup> “Eutanasia” [en línea] Real Academia Española, sección *Diccionario de la lengua española* 22.a ed., 2001, <http://www.rae.es/RAE/Noticias.nsf/Home?ReadForm> [última consulta 31 de junio de 2007].

<sup>28</sup> Pedro J. Lasanta, *op .cit.*, p. 51.

<sup>29</sup> Lino Ciccone, *op .cit.*, p.80.

caso a la interrupción de tratamiento y/o suministro necesarios para el mantenimiento de la vida.

Mauro Rodríguez Estrada en *La Controversia de las eutanasias*<sup>30</sup> distingue cuatro tipos.

1. ***Eutanasia natural:*** es aquella en la que no se realiza ninguna acción específica para retrasar la muerte o reducir la vida. Es decir es una muerte en la que no existe intervención de acciones humanas.
2. ***Eutanasia Pasiva:*** Es aquella en la que se le suspende al paciente terminal algún tipo de tratamiento invasivo (como operaciones o quimioterapias), que no le devuelven la salud, ni impiden su muerte, alargando su vida de manera dolorosa. En estos casos se ofrece al paciente el cuidado y la atención necesaria, orientada a reducir sus molestias, brindándole compañía, cariño y medicina paliativa, (también llamada ortanasia).
3. ***Eutanasia activa:*** conocida como muerte dulce, esta forma de eutanasia es aquella donde se acorta el proceso de la enfermedad en fase terminal, ya sea farmacéutica o quirúrgicamente por medio de intervención directa, determinando el momento de la muerte del individuo.
4. ***Eutanasia activista:*** aquí, como en la anterior, se acorta el proceso de muerte con la intervención de terceros; sin embargo, ésta no implica que el sujeto se encuentre en la fase terminal de la enfermedad, la cual es considerada como el momento en el que la calidad de vida del enfermo ha descendido al punto en el que ya no se puede considerar calidad de vida.

---

<sup>30</sup> Mauro Rodríguez Estrada, *La controversia de las eutanasias, el fondo oculto del debate*, México, Botas & Alonso, 2004, p. 25.

Otros términos que se utilizan para denominar las formas de la eutanasia y que se utilizan más comúnmente por especialistas son:

1. ***Ortanasia:*** es la muerte natural, donde no hay intervención de nadie, ni para mantener la vida ni para reducirla, (ocasionada por el fin del proceso de la enfermedad).
2. ***Autanasia, suicidio o suicidio asistido:*** esta palabra es una abreviatura de la palabra auto-eutanasia que puede describirse mejor como suicidio, sin embargo, en los casos donde el paciente no puede llevarla a cabo y requiere de una segunda persona para ello, se denomina suicidio asistido e implica que otra persona intervenga proporcionando los medios o apoye a quien quiere terminar con su vida.
3. ***La eutanasia lenitiva o sedición terminal:*** cuando la muerte se adelanta para evitar sufrimientos y mitigar los dolores del enfermo (eutanasia activa).
4. ***. Distanasia, obstinación terapéutica, encarnizamiento médico o ensañamiento terapéutico:*** es el caso contrario a la eutanasia, los médicos hacen todo lo posible por mantener con vida al paciente; sin embargo, esta situación genera en ocasiones excesivo sufrimiento y las medidas terapéuticas que se aplican resultan ser innecesarias, con un elevado costo tanto económico para las instituciones, como emocional para los pacientes, familiares y amigos. Pedro J. Lasanta nos dice que este término “radica en la adopción de medidas desproporcionadas para mantener las funciones vitales de un paciente moribundo y es catalogada como una mala praxis”;<sup>31</sup> asimismo, considera que la obstinación terapéutica es un acto inmoral, pues

---

<sup>31</sup> Pedro J. Lasanta, *op. cit.*, p. 53.

utiliza a las personas como un instrumento sometiendo su dignidad a otros fines.

5. **Adistanasia:** es la retirada de medios desproporcionados para prolongar la vida de un paciente (eutanasia pasiva debido al retiro de tratamientos u operaciones que no darán cura).
6. **Cacotanasia:** viene del griego kakós que significa malo. Es la eutanasia que se impone sin el consentimiento del afectado. La palabra apunta hacia una mala muerte (eutanasia involuntaria).

Lo anterior permite establecer que la eutanasia se puede presentar de forma natural, pasiva, activa y activista y conocer cómo intervienen otros factores relacionados con el proceso; si es una decisión voluntaria, no voluntaria o involuntaria, diferenciándose estas dos últimas en que la no voluntaria, no es solicitada por el enfermo, principalmente por incapacidad (estado vegetativo o coma), mientras que la involuntaria, además de no ser solicitada por el paciente, éste se encuentra en desacuerdo con dicho procedimiento.

El termino eutanasia más allá de su complejo significado, lleva consigo una carga ideológica histórica que lo sujeta a múltiples interpretaciones según el tiempo y espacio en el que se ha desarrollado y las distintas perspectivas de análisis, y debate ideológico, científico, político y cultural, la eugenesia como a continuación se mostrará es un claro ejemplo de ello.

### *Eugenesia*

La palabra eugenesia tiene origen griego *eu* que significa bien o bueno y de *genesis* que significa origen o principio. Es decir, buen principio o buen origen. Partiendo de dicho concepto cualquier persona puede desear a otra en su nacimiento una eugenesia sin que sea víctima de un daño. Los equivalentes

de esta palabra son mejoramiento y desarrollo, el uso que actualmente se le da a la palabra está dirigido a “la aplicación de las leyes biológicas de la herencia para el perfeccionamiento de la especie”.<sup>32</sup> No obstante, la forma como ha sido aplicada la eugenesia, respecto a los acontecimientos históricos y los intereses políticos, deja descontento e insatisfacción social.

Este término se utilizó principalmente a principios del s. XX como una filosofía social y una disciplina académica incorporada a distintas universidades, que sirvió al Estado mediante la aplicación de políticas y programas sociales. La orientación de dicha filosofía era la de mejorar las cualidades genéticas humanas, sin embargo, su uso inadecuado consiente la discriminación, coerción y violación de los derechos humanos, con medidas de esterilización forzosa a personas con defectos genéticos, asesinato institucional, aborto obligatorio, restricción del matrimonio, exploración genética, control de natalidad, segregación racial y de los enfermos mentales y genocidios, particularmente el de razas consideradas inferiores. En 1930, el Estado Nazi incorporó la aplicación de la eugenesia en las políticas raciales de Alemania; y su principal forma fue por medio del genocidio de judíos, polacos y rusos, recibiendo en ese momento el nombre de *eutanasia nazi o limpia racial*, por el hecho de adelantar la muerte o aplicar la eutanasia involuntaria. Este hecho adquirió tal relevancia que la influencia ideológica que circundó a la población durante los tiempos de post-guerra continúa generando confusión respecto a la aplicación de la eugenesia y en conexión directa con el fenómeno de la eutanasia. Así, podemos encontrar autores como Pedro J. Lasanta que la denominó, eutanasia eugenésica, en el sentido de liberar a la sociedad de vidas sin valor.

---

<sup>32</sup> “Eugenesia”, [en línea] portal Real Academia Española, sección Diccionario de la lengua española 22.a ed., 2001, <http://www.rae.es/RAE/Noticias.nsf/Home?ReadForm> [última consulta 31 de mayo de 2010].

## *Asesinato y homicidio*

Hay algunos elementos que deben tomarse en cuenta desde el punto de vista jurídico sobre las condiciones legales establecidas en el Código Penal Federal Mexicano, referentes a las responsabilidades penales que nos permiten conocer las condenas para el delito de homicidio.

En el capítulo I “sobre la responsabilidad penal” correspondiente al artículo 7° se establecen las reglas generales sobre los *delitos y responsabilidades*, mencionando que un delito es aquel acto que por **acción u omisión** es sancionado por las leyes penales y que aquel que esté en posibilidad de evitarlo no lo haga, se le atribuirán las responsabilidades del mismo que lo lleve a cabo.

El artículo 8° “sobre las acciones delictivas” sólo puede ser realizado de manera intencional y por tanto culposa. Mientras que en el artículo 9° dice que la acción debe ser sancionada en caso de que sea realizada con pleno conocimiento de las responsabilidades penales que regulan en la Federación.

En el capítulo IV sobre las causas de *exclusión del delito* se menciona en el artículo 15°, fracción III, que será causa de supresión del delito si se obra con:

El consentimiento del titular del bien jurídico afectado, siempre que se llenen los siguientes requisitos:

- a) Que el bien jurídico sea disponible.
- b) Que el titular del bien tenga la capacidad jurídica para disponer libremente del mismo y,
- c) Que el consentimiento sea expreso o tácito, sin que medie algún vicio, o bien que el hecho se realice en circunstancias tales que permitan fundadamente presumir que, de haberse consultado al titular, éste se hubiese otorgado el mismo<sup>33</sup>

---

<sup>33</sup>*Código Penal Federal*, México, Juridiediciones, 2009, p.6.

En el título decimonoveno del Código Penal Federal correspondiente a “delitos contra la vida y la integridad corporal”, capítulo II artículo 302, refiere al homicidio mencionando que: quien comete un homicidio es aquél que despoja de la vida a otro, siempre y cuando la muerte del sujeto sea causada por las alteraciones provocadas por la lesión y que los peritos por medio de la observación, así lo consideren, o por el resultado que arroje la autopsia. En el artículo 305 correspondiente al mismo capítulo se menciona que:

No se considerará como mortal una lesión, aunque muera el que la recibió, cuando la muerte sea resultado de una causa anterior a la lesión y sobre la cual ésta no haya influido. O cuando la lesión se hubiere agravado por causas posteriores, como la aplicación de medicamentos positivamente nocivos, operaciones quirúrgicas desafortunadas, excesos o imprudencias del paciente o de los que lo rodearon.<sup>34</sup>

En el artículo 312, se instituye que la sanción a la que se hará acreedor quien preste ayuda a otro para suicidarse o induzca a ello será de uno a cinco años de prisión, sin embargo, si éste llega al grado de quitarle la vida a otro se le penará de cuatro a doce años de prisión.

En los casos en que el asesinato se realice con alevosía se considerará como homicidio calificado, refiriéndose con alevosía, como se menciona en el artículo 318, al hecho de sorprender o tomar de improviso al otro, quien no tiene posibilidad para defenderse o evitar el daño, dadas las circunstancias del ataque o la superioridad en fuerza, por lo que no pueda defenderse.

Mientras en el artículo 319, se establece que quien obra con traición es aquella persona que no sólo actúa con alevosía, sino que también viola el trato de gratitud, amistad, parentesco o cualquier elemento inspirador de confianza.

---

<sup>34</sup> *Ibid*, p. 133.



En el artículo 320, se establece que a cualquier persona que transgreda a otra quitándole la vida, de manera premeditada y alevosa, se le impondrá una pena de treinta a sesenta años de prisión por el delito de homicidio calificado.

Existen diferencias entre asesinato, parricidio, crimen, transgresión y homicidio, por lo que estos términos no pueden usarse de forma indiferenciada, específicamente en lo competente al *homicidio* y al *homicidio calificado* o *asesinato*. En este sentido, encontramos que el *homicidio* se diferencia del asesinato por su carencia de alevosía o ensañamiento y generalmente por no matar con motivos miserables o vacuos, como por ejemplo una remuneración.

Por su parte, el *homicidio calificado* conocido normalmente como asesinato, se refiere la circunstancia en la que se comete un delito con cuatro agravantes: premeditación, traición, alevosía y ventaja.

Es importante observar que en el Código Penal Federal no se encuentra ninguna especificación sobre el delito de eutanasia, ni algún artículo que condene específicamente el hecho, por lo que la sanción que se aplica en estos casos se adecua al delito de homicidio, que corresponde a una pena de 4 a 12 años de prisión.

Lo anterior permite recapacitar en el hecho de que si el cuerpo fuera considerado un *bien jurídico*, propio de la persona, como se menciona en el capítulo IV, artículo 15°, fracción III, sobre las causas de *exclusión del delito*, un acto de eutanasia podría ser excluido de la pena, siempre y cuando cumpliera con las tres razones que permiten el indulto de la pena, primordialmente que dicha acción se realice con el consentimiento del titular.

La eutanasia no es necesariamente un asesinato ya que puede considerarse según sea el caso un homicidio, esto sucede principalmente si la acción de terminar con la vida de alguien se aplica a un enfermo que la solicita, en este supuesto sería voluntaria lo que permite excluir las condiciones de interés

personal, alevosía y traición; dicha solicitud le quita el carácter culposo al hecho eliminando las agravantes en el proceso penal. Entonces al considerarlo un acto de compasión la sanción aplicable correspondiente sería la presentada en el artículo 312. Sin embargo, como se vio en el capítulo IV sobre las causas de *exclusión del delito*, artículo 15°, podría excluirse incluso de toda sanción si se norma la capacidad de disponer del propio cuerpo en casos específicos de enfermedad, y por medio de un consentimiento explícito. Así, aunque está claro que el artículo presentado refiere a un bien material y no se hace dicha especificación entre la relación del hombre con su cuerpo, con la perspectiva laica se fortalece la idea de que el cuerpo humano vivo es un bien perteneciente al hombre y por tanto, serviría de sustento para su aplicación empero dicha acción debe ser clara y ser solicitada explícitamente.

La eutanasia (específicamente la eutanasia voluntaria), mientras no aparezca explícitamente normada y especificada en el Código Penal Federal, puede ser insertada en las consideraciones jurídicas de la exclusión de la pena, lo que no puede suceder en los casos de eutanasia no voluntaria o involuntaria.

Hoy en día, hay tres circunstancias en las que el homicidio no es sancionado por el Estado por *ausencia de responsabilidad* penal, son: la legítima defensa, la prevención de un delito más grave (estado de necesidad) y el cumplimiento de una orden de un superior o de un deber legal. Esto quiere decir que el homicidio no en todos sus casos es una práctica prohibida a pesar de que incluso en estos que hemos mencionado existan las tres agravantes del delito (traición, alevosía y ventaja).

Cabe mencionar también, que a diferencia del Código Penal, existe un lineamiento en el Código Federal de la Salud, que se presentará más adelante, donde se establece explícitamente la sanción correspondiente a la eutanasia, por lo que no es suficiente con realizar ajustes al código penal, sino que es preciso que se plantee un estatuto con base en un estudio concienzudo por

parte del sector salud en el cual se establezca de qué manera y con qué características se podría aplicar la eutanasia en México.

### *Enfermedad*

La palabra enfermedad viene del latín *infirmus*, *in* que significa “no” y *firmus*, que significa “firme”, es decir, “no firme o débil”. La enfermedad generalmente se encuentra acompañada de expresiones como alivio, cura, agonía, desahucio, defunción y decrepitud. Cuando un enfermo se encuentra en estado de agonía (del griego *agón* que significa combate) se habla de una persona que está luchando entre la vida y la muerte; en este proceso se puede definir al enfermo como desahuciado (que significa sin la esperanza o la confianza) en cuyo caso indica que se ha perdido toda esperanza de vida y que la salud es irrecuperable.

### *Suicidio y suicidio asistido*

El suicidio y la auto-eutanasia, son palabras sinónimas que implican quitarse la propia vida, *sui* que significa, sí mismo; y *caedere* que quiere decir matar. Para algunas religiones, el suicidio es un pecado, no obstante en algunas culturas antiguas, -como se vio anteriormente- el suicidio era honroso y digno, una forma de escapar a situaciones como la humillación y la pérdida de la dignidad.

Para considerar un suicidio como tal, es fundamental que dicha acción sea resultado de una decisión deliberada e intencionada, en algunos casos puede ser motivada por un estado de locura o por perturbaciones específicas como: trastornos psiquiátricos, bipolaridad, pánico, esquizofrenia y otros que tienen

su origen en la depresión, la ansiedad y otras situaciones similares. Por lo que se encuentra establecido en las leyes que aquel que se encuentre frente a un sujeto en estas condiciones está obligado a socorrerlo, tratando de impedir que se ejecute dicha acción.

Este acto no necesariamente se realiza por la persona que lo desea, ya que se puede requerir de otra para llevarse a cabo, (por ejemplo, cuando el suicida tiene una discapacidad que le impida hacerlo por sí mismo) a este hecho se le conoce como *suicidio asistido*.

Los suicidios son considerados generalmente sucesos individuales; sin embargo, desde 1887, Emile Durkheim<sup>35</sup> en su obra *El suicidio* establece que darse la muerte es un fenómeno individual, pero que, responde a causas sociales, ya que por medio de un estudio basado en datos estadísticos descubre que las sociedades presentan síntomas patológicos relacionados con una integración o regulación social excesiva o insuficiente, lo que motiva al acto de darse la muerte.

El suicidio en los casos de enfermedad está directamente relacionado con un estado provocado por la baja calidad de vida del sujeto, así como por la dependencia física, económica y emocional, principalmente los casos en que la enfermedad ya no permite a la persona realizar las actividades físicas básicas de la vida, como paraplejia, artritis crónica avanzada, y/o degenerativa, en las cuales existe un padecimiento que además de generar dolor constante mantiene al enfermo imposibilitado para entablar un rol social.

---

<sup>35</sup> Emile Durkheim, *El suicidio*, Madrid, Akal, 1989.

## **Capítulo 3**

### **Factores que intervienen en el fenómeno de la eutanasia**

La muerte y el valor que le damos a la vida han colocado al hombre en una serie de circunstancias y problemas que no han podido ser resueltos.

Nos enfrentarnos a un difícil proceso de la enfermedad, ver el deterioro del cuerpo y la psique en especial cuando se trata de un ser amado, nos pone en una situación difícil de afrontar y nos obliga a asumir un compromiso frente a la muerte.

Sucesos como el maltrato médico al cuerpo del enfermo para salvarle la vida, los cuidados paliativos para reducirle dolores, errores en la dosificación de medicamentos provocando la muerte del paciente o el abandono del enfermo sin ningún tipo de atención hasta su muerte, son condiciones que tal vez algunos de nosotros tengamos que enfrentar llegado el momento. La forma en la que morimos no depende de una sola persona, ni radica en condiciones aleatorias individuales sino que intervienen todos los sectores de la sociedad: la actitud del enfermo ante su muerte, la presencia de la familia o su abandono, la actitud médica profesional o su negligencia, la condición económica del paciente, los servicios de salud particulares o del gobierno, el ser parte de una sociedad del primer mundo o del subdesarrollo, son sólo algunas de las condiciones en las que se desenvuelve la enfermedad.

Asumir lo anterior como una responsabilidad nos obliga a buscar soluciones que permitan resolver los problemas de fondo para dar calma al enfermo y a aquel que le rodea para que los últimos momentos de la vida no vayan acompañados de mayores sufrimientos. Asumir la muerte como una responsabilidad disminuirá los problemas y permitirá que el hombre obtenga una muerte digna. La eutanasia por lo tanto, no solo será aplicar un medicamento que cause la muerte del otro de forma rápida, sino una serie de acciones que le den tranquilidad y calma al enfermo antes de llegar a la muerte. Para ello es indispensable un esfuerzo conjunto que solo será posible si se asume la responsabilidad que cada uno de nosotros tenemos.

La Iglesia Católica argumenta hoy en día a través del Papa que “la eutanasia es una falsa misericordia, que es perturbadora, una perversión de la compasión y que la verdadera caridad obliga a compartir el dolor del otro, no a matar a la persona cuyo sufrimiento no podemos soportar”.<sup>36</sup>

Sin embargo lo anterior no compete a todas las perspectivas ideológicas, ya que existe una visión alternativa de lo que representa la muerte y lo que se debe o debería hacer cuando se enfrenta a ella. Por ejemplo, hay quienes piensan que aquello que perpetúe el sufrimiento y el padecimiento de otros individuos resulta inhumano, sin considerar en ello la pérdida de la caridad, por el contrario, la consideran una forma legítima de piedad.

Esto permite hacer la distinción de que no hay una moral única, sino varias morales, basadas en distintas creencias y argumentos. Cada uno lleva consigo una conducta que se considera pertinente y adecuada para entablar su relación con la sociedad y el medio en el que se desenvuelve, por ello compadecer no puede asociarse estrictamente al acompañamiento en el dolor de otro ser humano, sino también con el acortamiento de su vida.

---

<sup>36</sup>Anthony Fisher, “Aspectos teológicos de la eutanasia” en: Keown, John (comp.), *La eutanasia examinada: Perspectivas éticas, clínicas y legales*, México, FCE., 2004, p. 431.

No pretendemos excluir a la institución eclesiástica judeo-cristiana (católicos, mormones, protestantes, entre otros) del debate de la eutanasia ya que sus argumentos u opinión hoy en día representan a un número importante de la sociedad, lo que se pretende es mostrar que dicha ideología no es una la única y que para atender esos casos es necesario la intervención del Estado como responsable de las decisiones y acciones para regir y reglamentar un país, principalmente cuando éste se encuentra regido por una corriente de pensamiento laico donde es fundamental que en todo momento las decisiones de competencia legal se tomen desde esa misma figura.

Otro ejemplo de las formas de pensar la vida y la muerte distinta de la cosmovisión cristiana-católica se observa en las investigaciones realizadas por científicos como Oparin y Darwin, quienes proponen teorías sobre la forma en que se origina la vida y cómo el ecosistema hace su propia selección natural por lo que todo ser vivo que no es apto al medio en el que habita perece. Esto demuestra que en la existencia de la naturaleza no hay ningún tipo de consideración ética, moral, o algún sentido de caridad, sólo un funcionamiento en el que la especie sobrevive o se extingue.

Se debe tener en cuenta que el ser humano es la única especie que se conoce en la tierra que entabla una relación moral con el proceso de enfermedad y muerte, la cual resulta antinatural desde la perspectiva de la evolución y es la única que ha permitido la permanencia de aquellos seres que no son capaces de generar sus propios recursos para sobrevivir además de brindar a aquellos con deficiencias físicas o psíquicas, los elementos necesarios, e incluso innecesarios, para mantenerlos con vida.

### *Los médicos y la obstinación terapéutica*

Jean Robert Debray utiliza por primera vez la expresión *obstinación terapéutica*<sup>37</sup> en 1950 para describir la acción en la cual se utilizan métodos terapéuticos que provocan efectos más dañinos que aquellos que se intentan curar.

Obstinación terapéutica, distanasia y encarnizamiento médico, son algunas formas de nombrar un proceder en el cual el médico se empeña en mantener con vida al paciente por medio de intervenciones quirúrgicas o tratamientos médicos dolorosos que le conducen a mayor sufrimiento que el que la propia enfermedad produce; prolongando sus padecimientos y aplazando su muerte con el pleno conocimiento de que va a morir.

La obstinación terapéutica es una acción que produce daños físicos y psicológicos al grado de ser considerada inmoral. En estos casos la intervención médica pretende a toda costa preservar la vida pero, no devuelve la salud al enfermo, haciéndole sufrir dolores extremos que no logran curarlo ni disminuir los padecimientos que ya presenta, por lo tanto su práctica ocasiona mayor sufrimiento, transgrede el cuerpo y la dignidad de quien es sometido, induciéndolo al detrimento de su salud sin proporcionar esperanza de cura.

Sí el médico por no exponer al paciente a tratamientos dolorosos e inútiles suspende la hidratación, nutrición, transfusión de sangre, oxigenación (entre otros tratamientos considerados básicos en la medicina y esenciales para mantener la vida del paciente) se asume que incurre en eutanasia pasiva en cualquiera de sus formas.

De ello se desprende que detener un tratamiento básico puede quebrantar la moral médica, mientras que prolongar la vida del paciente sin dar cura

---

<sup>37</sup> Daniel Behar, *op. cit.*, p. 69.



infringe la dignidad del paciente. El enfrentarse con la muerte de un paciente evidencia los límites de la ciencia y la imposibilidad de salvar la vida. En este contexto, parte del problema se encuentra en establecer los límites de un tratamiento tanto para la perspectiva médica como para la legal.

La obstinación terapéutica implica una violación al cuerpo por lo que cada persona debe ser protegida de cualquier daño físico provocado, no importando sexo, edad, raza, religión, ideología o nacionalidad. Al final de la vida, permitir a la naturaleza seguir su curso y no intervenir con medidas terapéuticas extraordinarias, constituye una buena práctica tanto médica como ética.

### *Testimonio anticipado*

Instrucciones anticipadas, consentimiento bien informado, voluntad anticipada, testamento anticipado, testamento biológico, testamento de vida y disposición de la vida, son algunos de los nombres que recibe el documento que es elaborado por un paciente, para expresar las instrucciones que desea que siga el médico respecto a su tratamiento, en caso de que debido a la enfermedad o a alguna intervención quirúrgica quede en estado incompetente para tomar una decisión (como pudiera ser la pérdida de la capacidad de habla o de la conciencia).

Países como Estados Unidos, Australia, Holanda, Bélgica, Dinamarca, Estados Unidos y México cuentan con formularios que han sido preparados y difundidos principalmente por asociaciones pro-eutanasia, sin embargo, aún hay muchos otros países en los que continúa el debate, no sólo respecto a su importancia sino también a su peligrosidad.

Las instrucciones anticipadas son un derecho del paciente a expresar y establecer con claridad y por adelantado sus preferencias, prioridades y el tipo

de tratamiento que desea recibir. En los casos en los que el enfermo se encuentra incompetente un familiar o titular puede decidir por él.

Es importante, que en los países en donde está normado el testamento anticipado, se tengan presentes las siguientes premisas que están en función de la normativa vigente de cada país y que a grandes rasgos pueden sintetizarse de la siguiente manera:

- 1.- Cualquier persona tiene derecho a tener una muerte natural.
- 2.- Todos tienen derecho a rechazar un tratamiento médico.
- 3.- Se prohíbe que su vida se prolongue de forma artificial.
- 4.- Deben pronunciar el deseo con firmeza de morir dignamente.
- 5.- Expresar el deseo de morir sin la administración de medidas extraordinarias o desproporcionadas en caso de enfermedad terminal o falta de esperanza de vida.

Sin embargo, a pesar de la apariencia sencilla del testimonio anticipado se presentan inconvenientes para su aceptación en algunos países debido a que, entre los estatutos que rigen el procedimiento, se encuentra el hecho de que el paciente debe estar informado de forma amplia y precisa sobre su estado de salud, ya que un error en la información proporcionada por el médico sería causante de denuncia en su contra por negligencia o procedimientos inadecuados.

El doctor Hornett quien ha puesto principal atención en el análisis ético y legal de las instrucciones anticipadas, responde a esta situación diciendo que ante “la dudosa premisa sobre la cual descansa la fuerza legal de las decisiones anticipadas y por el peligro de que las personas hagan rechazos

mal informados es viable que las instrucciones anticipadas deban informar, pero no obligar al médico”<sup>38</sup> a llevarlas a cabo.

El testamento de vida intenta que los pacientes se protejan a sí mismos y a los demás del riesgo de terminar siendo víctimas de la obstinación terapéutica.

### *Cuidados paliativos y el doble efecto*

Debido al interés y la necesidad que existe por parte del enfermo de protegerse de las transgresiones médicas se ha desarrollado y estudiado con mayor ahínco y éxito la medicina paliativa que consiste en dar medicamentos que quitan o reducen el dolor a las personas con malestares insoportables, tratando de eliminar o al menos de reducir su sufrimiento.

La Organización Mundial de la Salud define los cuidados paliativos de la siguiente manera:

- El cuidado total de los pacientes cuya enfermedad no responde al tratamiento activo con finalidad curativa.
- El control del dolor y otros síntomas físicos así como la atención de los problemas psicológicos, sociales y espirituales.
- El objetivo de los cuidados paliativos es conseguir la mejor calidad de vida para el paciente y su familia.<sup>39</sup>

Lo que se pretende actualmente con la medicina paliativa es controlar el dolor y otros síntomas desagradables, (como la falta de oxigenación por deficiencia pulmonar) para mejorar la calidad de vida de un paciente; este tipo de cuidados está dirigido específicamente a enfermos en estado terminal donde los médicos reconocen que ya no pueden aplicar tratamiento que cure o evite el padecimiento. Estos cuidados se han convertido en una opción cada vez

---

<sup>38</sup> Stuard Hornett, “Instrucciones anticipadas” en: Keown, John (comp.) *op. cit.*, p. 411.

<sup>39</sup> Daniel Behar, *op. cit.*, p. 110.

más accesible para el sistema de salud de diversos países, aunque reconocen que todavía hay mucho que hacer al respecto.

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) defiende los cuidados paliativos y la creación de los Hospice (clínicas especializadas para el cuidado de los enfermos terminales donde los cuidados son diseñado para que los últimos días de un enfermo sean vividos con dignidad y calidad) a través de una forma de cuidados indispensables trazados específicamente para brindar bienestar y soporte tanto físico como psicológico al enfermo terminal y a los familiares del mismo. Estos cuidados pretenden que el enfermo esté libre de dolores para que pueda pasar los últimos días en su casa rodeado de familiares y amigos.

La Asociación Catalana de Estudios Bioéticos ACEB`D informa que, además de apoyarles después del fallecimiento del enfermo:

Los cuidados paliativos no tienden a la prolongación de la vida ni tampoco a la aceleración de la muerte, sólo intentan estar presentes y aportar los conocimientos especializados y el soporte emocional y espiritual durante la fase terminal en un entorno que incluye el hogar, la familia y los amigos.<sup>40</sup>

La tranquilidad parece ser parte esencial de los cuidados paliativos. El hecho de que un paciente tenga el conocimiento de que sus dolores podrán ser manejados hasta un grado tolerable le da alivio y permite que la idea del suicidio o la muerte sea un proceso transitorio que pase a último término.

Entre las dificultades que se presentan en el control y manejo del dolor se encuentran aquellos casos donde el enfermo tiene dificultad para respirar, ya que éste es un malestar que no logra eliminarse por completo, especialmente cuando es generado por cáncer pulmonar; sin embargo, puede ser tratado para que él aprenda a controlarlo y disminuir sus crisis. El especialista Robert G.

---

<sup>40</sup> Manuel Suredo González, *Aproximación al enfermo terminal y la muerte* [en línea] portal Asociación Catalana de Estudios Bioéticos, 2003, España, <http://www.aceb.org/term.htm> [última consulta 11 de mayo de 2010].

Twycross explica que en estos casos “se le debe explicar al paciente como abortar los ataques de pánico respiratorio con técnicas de relajación basadas en el control de la respiración, y aplicando pequeñas dosis de drogas como diazepam o morfina, que reducen el ritmo de la respiración durante el sueño y le permite estar relajado”<sup>41</sup> para atenuar la sofocación.

La organización Mundial de la Salud (OMS) informa que ha habido notables cambios en la reducción del dolor por cáncer de 1956 a 1986 gracias a los avances en la medicina paliativa, introducidos en 1986 como método de alivio al dolor por cáncer. Dicho método se resume en la “Escalera analgésica de la OMS” la cual tiene el objetivo de normar el uso de analgésicos a través de una administración racional específica según los requerimientos y condiciones del enfermo y en orden creciente; en el primer escalón se encuentran los analgésicos, en el segundo los opioides ligeros y en el tercero los opioides fuertes como son morfina, heroína y diazepam. Ver ilustración núm. 1.<sup>42</sup>

### Ilustración 1

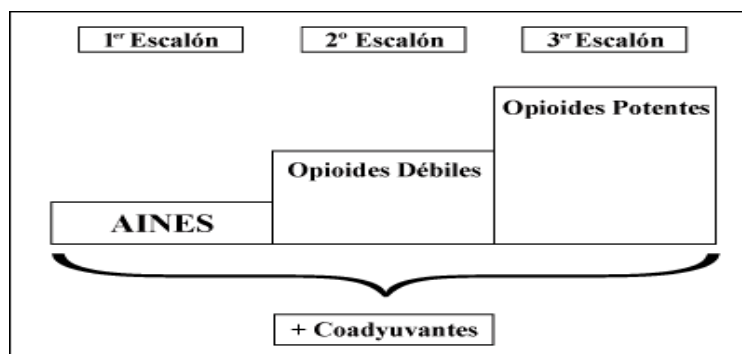


Ilustración 1 Escalera Analgésica

<sup>41</sup> Robert G. Twycross, “Donde hay esperanza hay vida” en: Keown, John (comp.), *La eutanasia examinada: Perspectivas éticas, clínicas y legales*, México, FCE., 2004, p. 213.

<sup>42</sup> Claudio Fierro Noudörfer, *Ars Médica, Revista: Estudios Médico Humanísticos*, Vol. 11, No. 11, Universidad Católica de Chile, <http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/arsmedica11/Ars2.html> [última consulta 9 de septiembre de 2012].

Los resultados obtenidos de éste nuevo método de la medicina paliativa según un estudio realizado por el *Hospice Movement*, fueron los siguientes: de un total de 200 pacientes, aproximadamente el 86% obtuvo alivio completo, 11% alivio aceptable, y 3% alivio insatisfactorio.<sup>43</sup>

Estos datos nos muestran que los cuidados paliativos son de gran utilidad para mejorar la condición del enfermo. No obstante, el hecho de que el 86% de los casos haya recibido alivio completo, no quiere decir necesariamente que sea permanente, ya que conforme la enfermedad progresa el paciente pasa al estado de alivio aceptable y posteriormente al de alivio insatisfactorio.

Es indudable que los cuidados paliativos deben ampliarse hacia la población que los requiera y solicite. Sin embargo, en México es evidente que el Sector Salud en ocasiones no cuenta con los recursos necesarios para ampliar este tipo de atención, debido a que la racionalización del presupuesto en todas las sociedades es un suceso real y cotidiano, especialmente en los países en crisis económica y del tercer mundo, donde satisfacer la demanda implica una serie de dificultades relacionadas con negligencia médica, falta organización, falta de recursos humanos, materiales y económicos.

Hoy en día los medicamentos para el cuidado paliativo no puede asegurar la mejora general de los pacientes ni los lleva al disfrute pleno de los últimos momentos de su vida; los efectos secundarios que provocan estos medicamentos son de diversa índole y limitantes para el paciente. Un ejemplo es el estudio realizado en el hospital Centro Médico Nacional, *20 de Noviembre* perteneciente al ISSSTE en una población total de 72 pacientes con dolor crónico oncológico que fueron tratados con hidromorfina durante 4 años de lo que se obtuvo que el 55.6% de los enfermos presentaron efectos adversos (EA) al medicamento mientras que el resto 44.4% no los presentó. Así, del total de los pacientes estudiados el porcentaje con EA “fue por

---

<sup>43</sup>*Ibid*, p. 208.

estreñimiento 33%, de náuseas del 17%, de vómitos del 8,3%, de somnolencia del 4,2% y de alucinaciones del 2,8%.”<sup>44</sup>

Es por ello que los especialistas en medicina paliativa aceptan que hay situaciones en las que el objetivo de alivio del dolor no está a su alcance y cuando esto sucede su labor debe concretarse a ayudar al paciente a encontrarle sentido a su vida.

La medicina paliativa presenta, como resultado de la sedación, el llamado “doble efecto”, que es la muerte del paciente por una dosis de opiáceos (las drogas más frecuentemente usadas con doble efecto) administrados con la intención de reducir o eliminar el dolor. Estas drogas deben ser administradas con mucho cuidado, ya que nunca se puede tener la seguridad de cuál será la reacción del paciente, consecuencia que puede producir la *sedación terminal*, es decir, inducir al paciente a la eutanasia activa, pero que es considerada “correcta debido a que su aplicación se debe a la búsqueda por mitigar el sufrimiento del enfermo y no acelerar su muerte”.<sup>45</sup>

El doble efecto por lo tanto no resulta sancionable por la ley a pesar de que cause la muerte por eutanasia activa involuntaria, ya que todo médico tiene claro que el acortamiento de ella es resultado del efecto colateral del tratamiento, por lo que el problema se reduce al hecho de las intenciones. Así, si un médico administra drogas con la intención de causar la muerte y argumenta que su intención era la de mitigar los dolores, debido a que no había otra vía para conseguirlo, y que la situación era grave, por lo que era necesario tolerar el efecto secundario, entonces el médico puede quedar exento de sanción. Esto muestra la factibilidad con la que se puede pasar de

---

<sup>44</sup> E. Rionda, M.G. Rivera, C.P. Canseco, et. all, *Scielo, Revista de la Sociedad Española del Dolor*, Vol.16, No.5, jun.-jul. 2009 La Coruña, [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462009000500003&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462009000500003&script=sci_arttext)

[última fecha de consulta 8 de septiembre de 2012]

<sup>45</sup> Pedro J. Lasanta, *op. cit.*, p. 63.

un cuidado paliativo a la eutanasia activa de forma intencional bajo el argumento de la necesidad de tolerar los efectos secundarios.

Algunos testigos han sugerido que el doble efecto de algunas drogas terapéuticas al administrarse en dosis elevadas está siendo utilizado para ocultar lo que equivale a una difundida práctica de eutanasia, y expresaron que esto implica incompetencia médica, pero que el posible doble efecto no puede ser obstáculo para administrarlo.<sup>46</sup>

### *Pendiente resbalosa y sedación terminal*

La “pendiente resbalosa” se presenta cuando se suspende la vida de una persona que no lo pidió, cuando el médico no respeta la autonomía del enfermo y su capacidad de tomar decisiones, adquiriendo poder sobre la vida de éste.

El Dr. John Habgood, arzobispo de York y miembro del Comité Selecto Sobre Ética Médica de la Cámara de los Lores, advirtió sobre la pendiente resbalosa a principios de 1994 diciendo “que una legislación que permitiera la eutanasia, al cabo del tiempo provocaría profundos cambios en las actitudes sociales hacia la muerte, la enfermedad, los ancianos y el papel de la profesión médica”.<sup>47</sup> Esto no sería un acontecimiento difícil de predecir, sin embargo, ante su evidente predicción, se tendría que evaluar y reevaluar todo resultado con la intención de evitar y asegurar que los pacientes no sean víctimas de la eutanasia sin autorización, ya que ningún médico tiene el derecho de llevar a su paciente a la muerte por suponer que está a punto de fallecer.

En el lapso de una década se ha podido observar la problemática que se presenta con la legalización de la eutanasia. El profesor John Keown dice que

---

<sup>46</sup>Comité selecto sobre ética médica “Extractos del informe de la Cámara de los Lores” en: Keown, John (comp.), *op. cit.*, p. 152.

<sup>47</sup> John Keown, *op. cit.*, p. 387.



“En Holanda actualmente se toleran las prácticas de eutanasia no voluntaria”.<sup>48</sup> Este hecho debe servir de ejemplo no para impedir que el individuo tenga el derecho a una muerte dulce, si no para hacer una nueva revisión de los criterios utilizados con la finalidad de mejorar y asegurar que a los pacientes no se les provocará la muerte si no ha sido solicitada por ellos repetidamente como lo apunta la ley.

La caída en la pendiente resbalosa no tendría razón de ser si el personal médico y jurídico se apegara a los estatutos que para su legalización fueron normados. El director de la National Hospital Association, escribió que la eutanasia significaba homicidio solicitado, y agregó:

Por consiguiente es imposible que quienes no quieren la eutanasia sean manipulados u obligados a aceptarla. La necesidad del consentimiento significa que las personas no necesitan temer que su vida está en peligro a causa de la edad o de la enfermedad, y que quienes no pueden expresar su voluntad, como los pacientes mentales o geriátricos nunca estarán en peligro.<sup>49</sup>

Es por ello que debe haber una solicitud libre y explícita por parte del paciente para que pueda llevarse a cabo su aplicación. Sin embargo, la caída en la pendiente resbalosa es hoy en día una realidad y los principales riesgos que presenta son:

- a) La práctica sin solicitud previa,
- b) La creencia de que los médicos que aplican la eutanasia tienen más valentía que quienes no la aplican,
- c) La aplicación de la eutanasia a pacientes sanos que la soliciten,
- d) El incumplimiento de la normatividad para evitar trámites engorrosos y/o problemas legales.

El problema de la eutanasia y su pendiente resbalosa no es si la existencia de esa práctica médica es legalizada, sino la actitud ética de algunos médicos o

---

<sup>48</sup> *Ibid*, p. 390.

<sup>49</sup> *Ibid*, p. 385.

de familiares de los enfermos, quienes la aplican o solicitan sabiendo que el paciente no tiene la disposición de morir pese a su edad o padecimiento.

Es indispensable que exista una supervisión estricta y precisa de lo contrario, continuarán los problemas que deforman el sentido de la eutanasia que pasa de un acto compasivo a uno práctico encaminado a las conveniencias personales y prácticas que puede definirse como “crimen legalizado”. En este sentido ya no se estaría hablando de eutanasia, sino de homicidio culposo o cacotanasia, es por ello fundamental que nadie en ningún momento y por ningún motivo considere que la vida no tiene valor en sí misma por el hecho de que exista el derecho del paciente a elegir sobre su propio cuerpo.

Por otra parte, uno de los factores que permiten la caída en la pendiente resbalosa es la sedación terminal, proceso que refiere a la acción deliberada para administrar fármacos a los pacientes con la finalidad de producir la disminución del dolor, lo que se obtiene cuando se produce una disminución irreversible de la conciencia de un paciente cuya muerte se prevé cercana y en quien la intención de aliviar el sufrimiento resulta inalcanzable con otras medidas, obteniendo con ello la muerte de un paciente que no la solicitó.

### *Muerte digna*

Según el diccionario la palabra dignidad significa: 1. “Cualidad de Digno. 2. Correspondiente, proporcionado al mérito y condición de alguien o algo. 3. Gravedad y decoro de las personas en la manera de comportarse 4. Cargo o empleo honorífico y de autoridad”<sup>50</sup>.

En diversos lugares y momentos a lo largo de la historia, se ha podido observar que la dignidad del ser humano no era un hecho inherente a él, la

---

<sup>50</sup> “Dignidad” *Diccionario de la Real Lengua Española (2010)* <http://lema.rae.es/drae/> [última consulta 9 de febrero de 2010]

mujer por ejemplo fue concebida sólo como un objeto para la procreación, mientras que los esclavos eran sólo sujetos de trabajo, no aptos para recibir un trato amable y decoroso por lo que su muerte no ocasionaba ningún perjuicio para nadie, no había diferencia entre el valor de la muerte de un animal de carga y el de un hombre esclavo. Sin embargo el maltrato y ultraje al hombre recibido por siglos se transforma con la abolición de la esclavitud y la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano en 1789 en Francia.

En esta declaración se define que los derechos del hombre son universales en todo momento por el sólo hecho de pertenecer a la naturaleza humana, como se menciona en el artículo 2° y 4°:

Art. 2°. La meta de toda asociación política es la conservación de los derechos naturales e imprescriptibles del hombre. Estos derechos son: la libertad, la propiedad, la seguridad, y la resistencia a la opresión;

Art 4°. Libertad consiste en poder hacer todo lo que no daña a los demás. Así, el ejercicio de los derechos naturales de cada hombre no tiene más límites que los que aseguran a los demás miembros de la sociedad el goce de estos mismos derechos. Estos límites sólo pueden ser determinados por la ley.<sup>51</sup>

Podemos entender la dignidad, en síntesis, como: no ser víctima de maltrato y humillación, el derecho de exigir una muerte basada en el reconocimiento de su persona como merecedora de respeto, -de un derecho natural que la acompaña desde el día que nació y hasta el último momento de la vida- y del derecho a no ser víctima de encarnizamiento médico y de las decisiones de terceros que ignoren los deseos personales. El derecho a morir con dignidad por lo tanto no puede estar separado del derecho a vivir con ella.

---

<sup>51</sup> “Declaración de los derechos del hombre y del ciudadano, 1789”, *Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos* [en línea] portal Instituto de Investigaciones Jurídicas, Universidad Nacional Autónoma de México, <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derhum/cont/30/pr/pr23.pdf> [última consulta 15 de octubre de 2010].

La muerte es un suceso natural que no tiene en sí mismo dignidad o indignidad, lo que le da ese carácter es el mismo hombre. La muerte de una persona se vuelve injusta cuando le aceleran la muerte -lo que resulta un precio muy alto en su intento por liberarse del dolor- o se convierte en víctima de la obstinación médica, por lo tanto, lo que hace indigna a la muerte, sea moralmente permisible o no, no es si se le aplica la eutanasia activa o no, sino si es voluntaria o involuntaria.

Para poder considerar que una muerte es digna es necesario que se cumplan algunos derechos elementales, estos criterios son los siguientes:

- a) Derecho a la dignidad.
- b) Derecho a la integridad.
- c) Derecho a la información.
- d) Derecho al tratamiento adecuado.
- e) Derecho a sufrir lo menos posible.
- f) Derecho a tener una muerte natural sin acciones que prolonguen la vida de modo artificial.
- g) Derecho a rechazar un tratamiento médico<sup>52</sup>

### *Asociaciones pro-eutanasia*

En 1980, en la ciudad de Oxford, Estados Unidos se funda oficialmente la Federación Mundial de Sociedades de Derecho a Morir (World Federation of Right to Die Societies), dicha Federación en la actualidad se compone de treinta y siete organizaciones en un total de veintiséis países; sin embargo tres de ellos aún no son miembros organizados (Alemania, Reino Unido y Estados Unidos).

La conformación de dichas asociaciones requirió de cuatro años, en 1980 se celebró la tercera conferencia, donde se conforma la Federación Mundial de

---

<sup>52</sup> Daniel Behar, *op. cit.*, p. 71.

Sociedades de Derecho a Morir con la finalidad de proteger los derechos de las personas para que puedan morir con dignidad.

Entre las funciones de estas asociaciones se encuentra la de difundir información y material educativo sobre la muerte con asistencia médica, promover la cooperación y el enlace entre asociaciones o sociedades para facilitar la presentación de conferencias y prestar asistencia para la formación de asociaciones en países donde aún no existen.

Los aspectos más importantes del trabajo de las asociaciones Pro-Eutanasia se pueden observar en una serie de objetivos y fines que se muestran a continuación y que son presentados por la asociación Derecho a Morir con Dignidad, asociación federal de España (DMD) donde se informa que:

Promover el derecho de toda persona a disponer con libertad de su cuerpo y de su vida, y a elegir libre y legalmente el momento y los medios para finalizarla y defender, de modo especial, el derecho de los enfermos terminales e irreversibles a morir sin sufrimientos, si éste es su deseo expreso<sup>53</sup> [además de tener como objetivos] la disponibilidad de la propia vida, la facultad para decidir sobre el propio devenir y su finalización sin sujetarse a opiniones o directrices ajenas a su voluntad, la vida es un bien innegociable reconocido como un valor supremo en la Constitución, comprendido por tanto dentro del marco de las libertades y derechos democráticos. Esta posición, absolutamente respetuosa con la libertad de cada individuo, está respaldada desde hace años por una mayoría de ciudadanos, empezando ahora a llegar a algunas instancias institucionales.<sup>54</sup>

La Federación Mundial de Sociedades con Derecho a Morir está conformada por los siguientes miembros:<sup>55</sup>

---

<sup>53</sup> *Finalidad DMD*, [en línea] portal Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente, España, <http://www.eutanasia.ws/finalidad.html> [última consulta 11 de octubre de 2010].

<sup>54</sup> *Quiénes somos*, [en línea] portal Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente, España, [http://www.eutanasia.ws/quienes\\_somos.html](http://www.eutanasia.ws/quienes_somos.html) [última consulta 11 de octubre de 2010].

<sup>55</sup> *Member organizations*, [en línea] portal The World Federation of Right to Die Societies, [http:// http://www.worldrtd.net/member-organizations\\_](http://http://www.worldrtd.net/member-organizations_) [última consulta 2 de diciembre de 2010].

Europa:

- Alemania: Deutsche Gesellschaft für Humanes Sterben eV (DGHS).
- Bélgica: Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité.
- Dinamarca: Landsforeningen En Værdig
- Escocia: Friends at the end.
- España: Derecho a Morir Dignamente (D.M.D.).
- Finlandia: Exitus.
- Francia: Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité (ADMD).
- Irlanda: Living wills trust.
- Italia: SALIR-Italia.
- Luxemburgo: Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité.
- Noruega: Livestement Mitt Landsforeningen.
- Países Bajos: Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie (NVVE).
- Reino Unido: Amigos en la final (FATE) y La Eutanasia Voluntaria Sociedad Inglaterra y Gales.
- RtD-E: Right to Die Europe.
- Suecia: Hasta Ratten Dod Var (R.T.V.D.).
- Suiza: SALIR Humanes Vereinigung für Sterben, y SALIR Asociación para el Derecho de Mourir dans la Dignité (Suisse Romande).

## Medio Oriente

- Israel: La Sociedad de Israel por el Derecho a Vivir y morir con dignidad. (LILACH).

## Oceania:

- Australia: Sociedades de la Eutanasia Voluntaria de Nueva Gales del Sur, Territorio del Norte, Queensland, Australia Meridional, Tasmania, Victoria y Australia Occidental.
- Nueva Zelanda: Sociedad de Eutanasia Voluntaria (Auckland) Inc., Sociedad de Eutanasia Voluntaria (Wellington).

## América del Norte:

- Canadá: Morir con Dignidad, Surrey / White Rock Choice en Morir Sociedad.
- Estados Unidos: Compassion in Dying Federation; Investigación y Orientación de la eutanasia Org. (ERGO); Hemlock Society of Florida.

## América del Sur:

- Colombia: la Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente.
- Venezuela: Derecho a Morir con Dignidad.

## África:

- Sudafrica: The Living Will Society.
- Zimbabwe: Salida Final.

Asia:

- India: La Sociedad para el Derecho a Morir con Dignidad.
- Japón: la Sociedad Japonesa para la Muerte Digna.

### *Argumentos sobre la muerte por eutanasia*

Son diversos y amplios los argumentos que se presentan alrededor del fenómeno de la eutanasia, y diferentes las posturas.

La Iglesia Católica condena moralmente dicha acción como mencionó el Vaticano II Constitución Pastoral *Gaudium et spes*. N. 27

La eutanasia y muchas otras graves violaciones a la vida, la dignidad y la integridad de la persona se condenan como acciones vergonzosas que degradan la civilización humana, deshonran más a sus autoridades que a sus víctimas y son totalmente contrarias al honor, debido al creador.<sup>56</sup>

Lino Ciccone menciona que la tendencia a aprobar la eutanasia debido a los grandes cambios en el desarrollo tecnológico permite “Disponer de una vida humana hasta suprimirla, lo que implica la pretensión arrogante de ser dueños de ella, y de ponerse en el lugar de Dios o borrar toda referencia de él”,<sup>57</sup> esta tendencia desvirtúa el papel de Dios con la toma de decisión propia, planeada, razonada o incluso tomada por la sinrazón del miedo y el dolor al que se enfrenta.

Juan Pablo II dijo: “Estamos ante síntomas alarmantes de la cultura de la muerte, una seria amenaza para el futuro”.<sup>58</sup> La Iglesia católica argumenta que nadie debe pedir un gesto homicida para sí mismo o para otros y mucho

---

<sup>56</sup> Lino Ciccone, *op. cit.*, p. 80.

<sup>57</sup> *Ibid*, p. 55.

<sup>58</sup> Juan Pablo II, “El Papa: El niño de Belén, la esperanza en tiempos de «cultura de la muerte»” [en línea] portal *Zenit*, 25 de diciembre de 2000, <http://www.zenit.org/article-1485?l=spanish> [última consulta 11 de noviembre de 2010].



menos puede consentirlo, además de que ninguna autoridad está en condiciones de legitimar el hecho y aceptarlo.

Para la iglesia, la eutanasia es un atentado a la ley de Dios, pues la vida es sagrada, nace de Dios y termina por él, el hombre sólo es un portador de ella, de un proyecto que debe realizar, por lo que no debe decidir por aquello que le es prestado, pues cada hombre tiene una razón para estar en la Tierra.

Otros argumentos que coinciden con las manifestaciones eclesiásticas sobre la eutanasia y que se encuentran recurrentemente son:

- La falta de ética médica profesional que convierte la eutanasia en una gestión mecánica.
- La falta de profesionalismo que hace permisible el incumplimiento de las normas establecidas para la aplicación de dicha acción.
- La indiferencia, que plantea que quien quiera morir se suicide, pero lo haga solo en lugar de meter a otros en problemas.
- La transgresión, cuando es el doctor quien decide sobre la vida de un enfermo y no el enfermo.
- La precaución, un enfermo puede tener cura o mayor tiempo de vida pese a que el médico diga lo contrario. Falta de preparación médica.
- El respeto a la vida, la labor de un médico es, y debe seguir, siendo la de procurar la salud tanto física como psicológica con el único fin de causar alivio por medio de la cura o la reducción del dolor a través del respeto a la vida.
- La eugenesia, cuando el delito se vuelve derecho y la eliminación de los más débiles aparece.
- Cuando los valores y conductas de las personas están influenciados por la conducta religiosa la vida es sagrada.

Para algunos, la eutanasia es un retroceso en el proceso de civilización de las naciones mencionando que el intento por hacer valer el derecho a decidir sobre el propio cuerpo es una forma engañosa de hacer que el hombre no sólo se detenga, sino que retroceda en su proceso evolutivo y cultural, por lo que la humanidad pierde el real significado del valor de la vida y confunde el sentido de la dignidad intrínseca al ser humano.

Con el pretendido derecho a la eutanasia en lugar de orientarnos hacia la mejora de la humanidad en valores éticos, morales, que sea expresión auténtica de la dignidad de la persona humana y de su vocación trascendente, parece que asistimos a un intento de querer devolvernos a las cavernas.<sup>59</sup>

Omitir que la muerte es un hecho natural a la vida y que debe tomarse de forma habitual y sosegada hace que ésta se profile como un suceso lastimero, indigno y primitivo que no tiene porque ser vivido; en ese entendido, el dolor y la imposibilidad de valerse por sí mismo no son un argumento válido para desear adelantar su propia muerte, ya que ello es antinatural.

Se puede apreciar que la muerte se encuentra vinculada con el castigo (la pena de muerte, la pérdida de la vida por un estado de salud indeseado, el estado de guerra y la defensa propia), por lo que conceptualizarla como una aspiración presenta dificultades ideológicas que para los fines de la eutanasia deben ser aclarados y reconsiderados haciendo un replanteamiento de la muerte desde la perspectiva de los derechos humanos y apegándose a estrictas normas.

Desde una perspectiva humanitaria se reconoce que la vida no debe ser vulnerada por causas políticas, ideológicas y económicas ajenas a las del propio individuo. Desde una perspectiva individual, Pascal DuPont, en entrevista de Vladimir Jankélévich, explica que: “el problema de la eutanasia es la licencia para el médico de dar directa o indirectamente (con consentimiento) muerte a un enfermo cuyo estado se considera

---

<sup>59</sup> Pedro J. Lasanta, *op. cit.*, p. 19.

desesperado”.<sup>60</sup> El derecho que se le brinda a una persona para matar a otra y el derecho que un médico se adjudica para decidir si lleva a cabo esta práctica o no, es un grave riesgo, por lo que enfrentarse ante la figura del homicidio permitido da cabida a una serie de irregularidades que el mismo Estado no puede reglamentar.

Sin embargo, hay quienes afirman que la eutanasia, a pesar de no ser legal, es una realidad. Derek Humphry, fundador de la Hemlock Society, dice en su libro *Dying with Dignity*:

Que la eutanasia voluntaria activa, también conocida como autoliberación o auto-eutanasia, es para la élite, y afirma que la eutanasia está ampliamente disponible para ella debido que estas personas tienen contactos, amigos médicos que les proporcionan en secreto las drogas letales, e incluso, les aplican la inyección.<sup>61</sup>

Esto sólo evidencia nuevamente que las prácticas prohibidas pueden darse sin el menor riesgo cuando se cuenta con los medios económicos para realizarse, el problema en ello es que esta práctica se realiza en aquellos que tienen recursos económicos y medios, mientras que el común de la población se encuentra excluida de este derecho.

Según los datos proporcionados por el INEGI en *Perspectiva Estadística de México 2011*<sup>62</sup> se puede observar que la relación de crecimiento de población correspondiente al grupo de 65 años de edad y más, en el año de 2005, presentaba una tasa porcentual 5.5% con respecto al 100% de la población total nacional, cifras que para el 2010 se modifican con un incremento de 0.7% para un total de 6.2% con relación a la población total, así mismo se

---

<sup>60</sup> Vladimir Jankélevitch, “A propósito de la eutanasia, entrevista a Pascal DuPont” en: *Pensar la muerte*, México, FCE., 2004, p. 58.

<sup>61</sup> Yale Kamisar “El suicidio médicamente asistido” en: Keown, John (comp.), *op. cit.*, p. 313.

<sup>62</sup> *Perspectiva Estadística de México*, [en línea] portal Instituto Nacional de Estadística y Geografía, sección población, 2011, <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/sistemas/perspectivas/perspectiva-mex.pdf> [última consulta 10 de noviembre de 2010].

observar que la tasa de natalidad en el 2011 presenta un total de 17.5% de nacimientos vivos por cada mil habitantes en un año, mientras que la tasa de mortalidad muestra un 5.0% por cada mil habitantes. Ambos indicadores permiten observar que la población adulta mayor continuará su incremento en tanto que la disminución de mortalidad y su correlación con la tasa de natalidad, nos permiten predecir que el crecimiento se mantendrá constante en tanto las tasas no se vean modificadas por circunstancias excepcionales.

El incremento del envejecimiento mundial hoy en día deja ver un aumento en las enfermedades crónico degenerativas y de padecimientos irreversibles, que obligan al enfermo a asistir con mayor frecuencia a los servicios de salud y centros hospitalarios para recibir la atención médica necesaria, lo que ocasiona la saturación de los servicios médicos y evidencia la incapacidad del Estado de subsanar el deterioro de la calidad de la atención.

Dadas estas circunstancias en una sociedad que envejece y donde el costo de la salud se eleva, la eutanasia también resulta ser una medida para reducir los costos, es decir una nueva arma de dos filos que presenta la necesidad de la eutanasia desde una perspectiva económica y no humana.

Uno de los argumentos más considerados hoy en día es el relativo al *valor de una persona*. Este concepto ideológico ha sido calificado de neoliberal y/o materialista, ya que percibe la vida como valor de uso y de producción, lo que le da significado a la existencia. L. Ciccone menciona que:

Se trata de una concepción materialista y por lo tanto atea del hombre, una concepción hedonista-utilitaria de la vida y que el camino cultural de la época moderna lleva a muchos a una evaluación ética, positiva de la eutanasia, hasta proyectar y promover su legitimación jurídica.<sup>63</sup>

O contrariamente, como menciona Pedro J. Lasanta:

El valor de la vida humana se desdibuja en favor de la eficiencia y del rendimiento, el materialismo extiende sus tentáculos hasta ahogar y aniquilar al mismo ser humano.<sup>64</sup>

---

<sup>63</sup> Lino Ciccone, *op. cit.*, p.51.

<sup>64</sup> Pedro J. Lasanta, *op. cit.*, p.13.

La mayoría de los criterios actuales para definir el valor de la vida de las personas coinciden con la idea de que si una persona capaz de valorar su propia existencia es víctima de homicidio, se le está privando de algo que aprecia, y con ello, se le está ocasionando un daño, mientras que a aquellas que no quieren continuar con su vida no se les hace ningún mal cuando se les brinda la posibilidad de morir. John Keown dice:

Que quienes no son considerados personas (o no se consideran personas a sí mismos), no pueden ser dañadas con el homicidio debido a que la muerte no las priva de nada que puedan valorar si no pueden querer vivir, no puede ser frustrado ese deseo si se le mata y las consideraciones morales sobre el acto de terminar con sus vidas no tendrían que tomar en cuenta los deseos e intereses de los otros.<sup>65</sup>

A partir de ello, la muerte por eutanasia se da por medio de una valoración de la vida que el paciente hace sobre sí mismo pero que simplemente es inadmisibles para la ley.

El hecho de que en Holanda y Bélgica la eutanasia haya sido aceptada, dicen algunos especialistas, implica que la vida ya no se considere inviolable y sagrada, sino sujeta a cálculos y requerimientos del gobierno, de las instituciones y de los mismos centros hospitalarios; sin embargo, la inviolabilidad de la vida es un concepto que no se debe cambiar por el hecho de que se aplique o no la eutanasia, la vida sigue y debe seguir siendo respetada, no se puede cometer o acceder a que se asesine y se falte a los derechos de la vida de un ser humano, por lo que debe considerarse que parte del respeto a la vida está en el derecho fundamental de determinar por propia voluntad la muerte y ello no implica una violación a la vida.

---

<sup>65</sup> John Keown, *op. cit.*, p. 33.

## *La eutanasia y la autodeterminación del individuo*

Ante una decisión como la muerte se debe profundizar respecto a la calidad de la vida de quien la solicita, pues la eutanasia hoy en día no es un acto para quien desee la muerte por la muerte, sino una lucha por conservar la dignidad en los últimos momentos de la vida. En virtud de ello deben respetarse las decisiones del hombre a pesar de que ello implique la eutanasia o el suicidio, siempre y cuando no perjudique ni lesione los derechos de terceras personas y se esté en el momento último de una enfermedad incurable.

John Harris menciona que:

“la eutanasia debe ser permitida, no porque todo el mundo deba aceptar que es justa ni tampoco por que si se permite se viole una concepción defendible de la santidad de la vida, sino simplemente porque el impedir que una persona tome por sí misma una de las decisiones más importantes de su vida es una forma de tiranía”.<sup>66</sup>

Por su parte la Asociación Catalana de Estudios Bioéticos,<sup>67</sup> clasifica en tres rubros los argumentos que refieren a la eutanasia: el primero soportado en el consenso, el segundo en la dignidad de la persona humana y el tercero en la autonomía personal.

a) El consenso: este aspecto refiere que los derechos humanos los tiene el hombre por el simple hecho de serlo.

b) La dignidad de la persona humana: es intrínseca a ella tanto como lo es la libertad y el derecho al respeto, ya que el hombre siempre (sin casos excepcionales) es inevitablemente digno en sí mismo.

c) La autonomía personal: este principio confiere al paciente el derecho a decidir sobre su propia muerte y el correspondiente derecho del médico a

---

<sup>66</sup> John Harris, “La eutanasia y el valor de la vida” en: Keown, John (comp.), *op. cit.*, p. 47.

<sup>67</sup> Manuel Sureda Gonzalez, *Aproximación al enfermo terminal y a la muerte* [en línea] portal Asociación Catalana d'Estudis Bioètics, España, octubre 2003, <http://www.aceb.org/term.htm> [última consulta 11 de noviembre de 2010].

satisfacer o no el deseo del paciente por medio de la práctica de la eutanasia activa.

Kennet Boyd afirma que hoy en día en los países donde la eutanasia es legal las personas más vulnerables a su aplicación involuntaria son aquellas:

- a) Que aunque no necesariamente estén cercanas a la muerte, estén totalmente paralizadas y dependan de aparatos de respiración.
- b) A quienes sólo les quedan unas semanas o meses de vida pero tengan una extrema dificultad para respirar u otros síntomas muy perturbadores, no necesariamente dolorosos y que no puedan ser aliviados.
- c) Las personas que padezcan demencia, pero con cierta autoconciencia y que explícitamente hayan solicitado la eutanasia si llegaran a caer en la demencia total.<sup>68</sup>

En la actualidad, la lucha en favor de la eutanasia se basa principalmente en la legalización de la eutanasia activa voluntaria; la eutanasia involuntaria no es parte de las consideraciones de las organizaciones sociales interesadas, pero desde la perspectiva filosófica se manifiesta que no hay diferencias entre la eutanasia pasiva voluntaria y la eutanasia activa voluntaria, ya que la conducta moral es equivalente y en ambos casos se reconoce que el hecho de que el médico provoque la muerte por acción u omisión no cambia el sentido moral de la conducta.

---

<sup>68</sup> Kennet Boyd, "Regreso al futuro" en Keown, John, (comp.), *op. cit.*, p. 115.

## **Capítulo 4**

### **Eutanasia en México: un proceso inconcluso**

A lo largo del trabajo hemos realizado un recorrido que va de lo particular a lo general, que nos brinda elementos para comprender qué es la eutanasia, cuáles han sido las características que la conforman, cuáles son los problemas que genera y cuáles sus beneficios.

El hecho de que existan países en los cuáles la eutanasia ha sido legalizada nos permite enfrentarnos a un fenómeno concreto y actual que es objeto de estudio internacional pero sobre todo a un ejemplo práctico para nuestro país.

En México la eutanasia no es una realidad y la posibilidad de que lo sea parece aún estar lejos; sin embargo, aunque tardíamente, los factores externos internacionales han influido en nuestra sociedad provocando su constante revisión y una búsqueda de elementos para solventar de alguna manera el sufrimiento por el que pasan muchos enfermos.

De la ausencia de asociaciones que discutan y presionen para la concreción de la eutanasia, resulta que no se tome como un problema serio de interés nacional y que no se exija una solución para que si no se consigue legalizarla al menos se definan otras formas de solucionar las condiciones precarias por las que pasan los enfermos. Es decir para que se generen las condiciones adecuadas y para que se presente como un proyecto formal que resuelva la condición del enfermo.



Sin embargo, en México se ha dado un paso fundamental que ha sido considerar el tema de la muerte y la enfermedad, como una responsabilidad de todos, asumir que a todos nos perjudica que los enfermos sean víctimas de negligencia y maltrato es indispensable para tratar de solucionar el problema. Como resultado de ello el “Programa de voluntad anticipada” ha sido un gran paso, no obstante, aún no es suficiente.

A continuación se presentará una reseña de los acontecimientos en México por medio de un seguimiento hemerográfico-cronológico del desarrollo de la discusión, de los factores que han influido y que aún continúan discutiéndose.

### *Antecedentes en México*

En el año 2007 el tema de la eutanasia adquiere efervescencia en la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, se trata de un suceso singular debido a que es en el Congreso donde surge la iniciativa de ley de la ortanasia mejor conocida como eutanasia pasiva, en lugar de ser un movimiento construido por la ciudadanía, como ha sucedido en otros países donde las movilizaciones buscaban en principio cambiar la percepción de la cultura de la muerte en favor del derecho a decidir sobre el propio cuerpo, todo ello con miras a la visibilización del problema y legalización de la eutanasia.

Después de realizada dicha propuesta, el episcopado mexicano en conferencia del 10 de febrero del mismo año “ratifica su rechazo a la eutanasia, porque considera que no es posible intervenir para la muerte de nadie, aún en situaciones de dolores extremos”;<sup>69</sup> así mismo, recordaron la postura del papa Benedicto XVI, quien pidió a la Iglesia católica pugnar por estrategias que

---

<sup>69</sup> Juan Balboa, “Refrenda el CEM su condena a la eutanasia” [en línea] portal *La Jornada*, sección Sociedad y Justicia, 10 de febrero de 2007, <http://www.jornada.unam.mx/2007/02/10/index.php?section=sociedad&article=039n4soc> [última consulta 9 de julio de 2010].

permitan a las personas resistir las enfermedades incurables y enfrentarse a la muerte con dignidad.

Por su parte, el 3 de abril de 2007, el PRD a través del senador Lázaro Mazón Alonso informa que “el 12 de abril se presentará una iniciativa referente a la terminación voluntaria, en la cual se supone la cancelación de todo medicamento que intente contrarrestar la enfermedad terminal del paciente”.<sup>70</sup> Así mismo, menciona que la iniciativa contiene 107 artículos, para reformar el artículo 312 del Código Penal Federal y para fundamentar que cualquier persona que brinde ayuda o induzca al suicidio será castigado con una pena de uno a cinco años de prisión, mientras que si esa ayuda procura la ejecución de la muerte, la pena continuaría siendo de cuatro a doce años, excepto en el caso en el que fuera un profesional de la salud quien actuando conforme a la ley de terminación de tratamiento curativo la aplique, lo que significaría que quedaría exento de condena; finalmente menciona que esta nueva normatividad sólo podría ser aplicada por los servicios de salud públicos, y las instancias privadas tendrían que trasladar a los pacientes terminales a hospitales del Estado o al Comité de Bioética Médica.

El 20 de junio de 2007 se publica otro artículo en el periódico *La Jornada* donde se informa que en México “la constitución garantiza que todo ciudadano puede disponer de su persona y propiedad después de los 18 años y cualquier decisión que asuma en pleno uso de sus facultades debe ser respetada”.<sup>71</sup> Esto significaría, según los expertos en materia jurídica, que no existe obstáculo alguno para que se acepte la ley de voluntad anticipada o lo que conocemos como eutanasia pasiva.

---

<sup>70</sup> Víctor Ballinas, “Anuncia PRD iniciativa para regular eutanasia” [en línea] portal *La Jornada*, sección Sociedad y Justicia, 3 de abril de 2007, <http://www.jornada.unam.mx/2007/04/03/index.php?section=sociedad&article=037n2soc> [última consulta 15 de julio de 2010].

<sup>71</sup> Laura Poy Solano, “Expertos: no hay trabas jurídicas para aprobar la eutanasia” [en línea] portal *La Jornada*, sección Capital, 20 de junio de 2007, <http://www.jornada.unam.mx/2007/06/20/index.php?section=capital&article=044n2cap> [última consulta 15 de junio de 2010].

Entre los ponentes se encontraba Elisur Arteaga Nava, catedrático de la Universidad Autónoma Metropolitana, quien mencionó, entre otras cosas, que el derecho a morir dignamente es totalmente válido, mientras que Agustín Pérez Carrillo, catedrático del departamento de derecho de la UAM, dijo que se ha podido observar que son los más intransigentes quienes no aceptan el diálogo que ya se ha realizado en otros países.

El 25 de junio de 2007, el Cardenal Norberto Rivera, en su sermón dominical en la Catedral de México, afirmó que: “se encuentra en contra de la iniciativa de la voluntad anticipada propuesta por la izquierda, ya que es una propuesta confusa y que en el país en lugar de tratar de resolver problemas relativos a la moral, deberían estar trabajando en resolver las necesidades sociales”.<sup>72</sup> Opinó que esta propuesta es una trampa para la sociedad por que introducía la eutanasia pasiva en el país, lo cual es una forma de institucionalizar la muerte de enfermos, discapacitados, ancianos e inclusive de indigentes. Así mismo, afirmó que todos los extremos son malos y el hecho de retirar medios extraordinarios no tiene relación con lo que se conoce como eutanasia, pero la aplicación de hidratación, nutrición y respiración, son derechos de todo ser humano, por lo que no deben ser retirados pues sería el principio de la eutanasia.

En este contexto, los diputados perredistas del Distrito Federal, Sergio Cedillo, Juan Carlos Beltrán, Víctor Hugo Círiga, Enrique Pérez Correa e Isaías Villa, dieron a conocer en conferencia de prensa del 28 de junio de 2007 la iniciativa de ley de voluntad anticipada. Según Carlos Beltrán, los argumentos establecidos para la iniciativa fueron que:

---

<sup>72</sup> Gabriel León y Raúl Ilanos, “Rechaza Rivera la iniciativa de la izquierda sobre eutanasia pasiva” [en línea] portal *La Jornada*, sección Capital, 25 de junio de 2007, <http://www.jornada.unam.mx/2007/06/25/index.php?section=capital&article=037n1cap> [última consulta 30 de mayo de 2010].

“no se puede imponer la sobrevivencia contra la voluntad de quienes han visto disminuida su calidad de vida por enfermedad terminal y dolores intolerables cuando con el tratamiento lo único que se obtiene es prolongar la agonía, por lo que el deber de la sociedad es el de facilitar la muerte digna y sin dolor”.<sup>73</sup>

Igualmente, mencionan que la aplicación de la norma se podría llevar a cabo tanto en hospitales públicos como en privados en la ciudad y que esta medida podría ser aplicada mediante tratamientos paliativos y el uso de sedación terminal controlada, así como el menor uso de medidas extraordinarias que alarguen la vida del enfermo y, por supuesto, que dicha ley podría ser un trámite revocable por quien lo suscriba, lo que significa que el enfermo puede decidir libremente si desea o no donar alguno o todos sus órganos para trasplante y cambiar de opinión si así lo desea en cualquier momento. Finalmente, para ello se propone la creación en la ciudad de México de la Coordinación Especial de Procuración de Donación de Órganos y Trasplantes.

El 12 de agosto de 2007, el periódico *La Jornada* publicó una nota titulada “Comunidad médica, otro escollo en la aprobación de la eutanasia”<sup>74</sup> escrita por Mariana Norandi, donde el subprocurador de Procesos y Mandamientos Jurídicos de la Procuraduría General de Justicia del DF (PGJDF), comenta que en la actualidad una parte importante de la población exige la legalización de la eutanasia pasiva e indirecta y sustenta que este hecho no es un acto de homicidio doloso, dado que es realizado bajo el estricto consentimiento tácito y expreso del enfermo y que quien lo lleva a cabo es para causar alivio.

---

<sup>73</sup> Raúl Llanos Samaniego, “Legisladores dan a conocer una iniciativa sobre eutanasia pasiva” [en línea] portal *La Jornada*, sección Capital, 18 de junio de 2007, <http://www.jornada.unam.mx/2007/06/18/index.php?section=capital&article=040n1cap> [última consulta 11 de julio de 2010].

<sup>74</sup> Mariana Norandi, “Comunidad médica, otro escollo en la aprobación de la eutanasia” [en línea] portal *La Jornada*, sección Sociedad y Justicia, 12 de agosto de 2007, <http://www.jornada.unam.mx/2007/08/12/index.php?section=sociedad&article=032n1soc> [última consulta 5 de junio de 2010].

La eutanasia que se pretendía legalizar en la ciudad de México era eutanasia pasiva, refiriéndonos con ello a la omisión de acciones extraordinarias e innecesarias encaminadas a mantener la vida del enfermo, cuando se está en el conocimiento de que no va a recuperarse; esta estrategia impone que se deje pasar el proceso natural de la enfermedad con los cuidados paliativos y que el paciente pueda ser un posible donador de órganos si así lo desea.

La propuesta que se realizó para modificar el artículo 127 de la ley del Código Penal del DF es la de añadir las palabras directa y activa con lo que, al realizarse la eutanasia pasiva o indirecta, quedarán excluidas de cualquier penalización, siempre que sea por medio de la realización de un testamento vital, documento que en México no había sido considerado hasta el 2007.

### *Voluntad Anticipada*

Después de un año de discusión, la Asamblea Legislativa aprobó la ley de la voluntad anticipada en el Distrito Federal el 7 de enero de 2008 y con ello se crea el marco jurídico apropiado para que un enfermo terminal no esté obligado a recibir atención médica que no desea y tenga la opción de pasar los últimos días de su vida en casa con cuidados paliativos. Esta normativa – que hoy en día es vigente- se aplica tanto en hospitales privados como públicos y se explica detalladamente para que la legislación no sea confundida con eutanasia, ya que su nombre correcto es ortanasia y sólo será aplicada cuando la medicina ya no pueda cumplir con el objetivo de curar al paciente y él lo solicite.

La aprobación de la ley obliga al sector salud a crear una serie de programas que permitan la aplicación de la ley y den el soporte necesario para responder a las necesidades del tratamiento de cuidados paliativos, con un equipo interdisciplinario que cuente con apoyo psicológico, social y espiritual tanto

para el enfermo como para los familiares; con la participación de médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogos, tanatólogos, fisioterapeutas y el uso de medicamentos gratuitos del cuadro básico, y si la familia lo requiere, un guía espiritual. Además, la iniciativa de ley contempla si el paciente desea ser donador de alguno o la totalidad de sus órganos a través del mismo documento de voluntad anticipada.

El procedimiento de ortanasia no será obligatorio pero sí será un derecho para todo capitalino que desee solicitarlo, aplicable a cualquier edad, desde la infancia hasta la vejez. Cabe mencionar que en los casos de menores de edad podrán solicitarla pero serán los padres quienes tomen la decisión. El procedimiento se debe realizar ante un notario público, para lo cual no se requiere estar en estado terminal, dicho trámite también puede ser realizado en la red de hospitales del DF y de ser así no tiene ningún costo.

La ley expedida por la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, el 7 de julio de 2008, presenta la normatividad referente a la aplicación de la ley de voluntad anticipada para el Distrito Federal, fundamentada en el artículo 122 del Código Penal, cuyos puntos relevantes son los siguientes:

- El médico tratante se limitará a cumplir con las disposiciones establecidas en el Documento o formato de Voluntad Anticipada, sin acelerar o provocar la muerte del enfermo en etapa terminal.
- Los pacientes con diagnóstico de enfermo en etapa terminal, tienen derecho a una atención médica de calidad científica y humana, en la que se empleen los recursos de la ciencia médica y la tecnología, en cuidados paliativos.
- El médico deberá otorgar un informe por escrito, si lo solicitan, sobre el diagnóstico, pronóstico y plan de manejo médico de la Voluntad Anticipada.

- El paciente podrá recibir, si lo solicita, el diagnóstico, pronóstico y plan de manejo médico de la Voluntad Anticipada.
- Brindarle facilidades para cambiar de Institución.
- Proporcionar información para confirmar el diagnóstico al médico con el que se le traslade.
- No se divulgarán datos respecto a los motivos de adquisición de la enfermedad.
- Informar a la Coordinación Especializada la falta de condiciones para brindar tratamiento de cuidados paliativos.
- El médico informará su decisión al enfermo en etapa terminal en un plazo no mayor a 24 horas.

Las disposiciones se establecen en la *Gaceta Oficial*<sup>75</sup> del 4 de abril de 2008, en sus 40 artículos y tres transitorios, se establece que la ley es de orden público e interés social, que tiene por objeto establecer y regular las normas, requisitos y formas de realización de la voluntad anticipada 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.

El documento de Voluntad Anticipada consiste en un documento público suscrito 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 tratamientos y/o

---

<sup>75</sup> Órgano del gobierno del Distrito Federal. “Decreto por el que se expide el reglamento de la ley de la voluntad anticipada para el Distrito Federal” [en línea] *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, 4 de abril de 2008, [http://www.paot.org.mx/centro/leyes/df/pdf/GODF/GODF\\_04\\_04\\_2008.pdf](http://www.paot.org.mx/centro/leyes/df/pdf/GODF/GODF_04_04_2008.pdf) [última consulta 9 de mayo de 2010].

procedimientos médicos que lo hagan víctima de la obstinación médica, dichos tratamientos excluyen las medidas básicas ordinarias para mantener la vida del enfermo. Refiriéndonos con medidas mínimas, básicas u ordinarias al hecho de mantener la hidratación, higiene, oxigenación, nutrición y/o curaciones del paciente en etapa terminal, según lo determine el personal de salud correspondiente. No darle al enfermo dicha atención implicaría que el médico está cayendo en una acción ilícita por aplicar la eutanasia pasiva.

Podrá suscribirse cualquier persona con capacidad de ejercicio, cualquier enfermo en etapa terminal, médicamente diagnosticado, los familiares y personas señaladas, cuando el enfermo terminal se encuentre de manera inequívoca impedido para manifestar por sí mismo su voluntad y los padres o tutores del enfermo terminal cuando éste sea menor de edad o incapaz legalmente declarado.

Para los efectos del párrafo anterior se incluirán los Cuidados Paliativos, las Medidas Mínimas Ordinarias, la Sedación Controlada y el tratamiento Tanatológico que el personal de salud correspondiente determine.

El personal de salud en ningún momento y bajo ninguna circunstancia podrá suministrar medicamentos o tratamientos médicos que provoquen de manera intencional el deceso del enfermo en etapa terminal.

La Secretaría de Salud del Distrito Federal, por parte de la Coordinación Especializada en Materia de Voluntad Anticipada, muestra los datos correspondientes al número de suscritos, desde la entrada en vigor del programa el 7 de enero de 2008 al 22 de Abril de 2010. Aquí se puede observar el número de personas que han solicitado no ser víctimas de la obstinación médica a través de dicho documento. Como se muestra en los cuadros 1 y 2:



### Cuadro 1

#### Personas suscritas al programa de Voluntad Anticipada ordenado por edades

Edad	Número de personas
20 a 30	3
31 a 40	23
41 a 50	37
51 a 60	72
61 a 70	111
71 a 80	95
81 a 90	42
91 y más	3
<b>Total</b>	<b>386</b>

Fuente: Colegio de Notarios del Distrito Federal.<sup>76</sup>

### Cuadro 2

#### Personas suscritas al programa de Voluntad Anticipada ordenado por sexo

Sexo	Número de personas
Femenino	240
Masculino	146
<b>Total</b>	<b>386</b>

Fuente Colegio de notarios del Distrito Federal.<sup>77</sup>

<sup>76</sup> *Voluntad anticipada* [en línea] portal Colegio de Notarios del Distrito Federal, 22 de abril de 2010, <http://www.colegiodenotarios.org.mx/documentos/voluntad.pdf> [última consulta 21 de junio de 2010].

<sup>77</sup> *Ibid.*

Es importante señalar que de los 386 casos 323 corresponden a pacientes de 50 años en adelante y de esos 216 a personas con edades de 60 a 80 años, es decir, el 67% de los casos corresponden a personas adultas de la tercera edad que solicitan la no intervención médica con tratamientos innecesarios que les provoquen dolor pero no les curen.

El periódico *El Universal* proporciona el informe del número de inscritos al programa Voluntades Anticipadas desglosado en relación al estado civil de los suscritos y a su interés de realizar la donación de alguno o algunos de sus órganos esto a partir de su entrada en vigor el 7 de enero de 2008 y hasta el 13 de mayo de 2010, es decir un mes más del presentado en los cuadros 1 y 2. Los datos fueron proporcionados por notario público y a través de los registros hospitalarios de las distintas clínicas de la Secretaría de Salud Pública del Distrito Federal (SSPDF), donde se realiza la inscripción al programa, como se muestra en los cuadros 3 y 4.

### Cuadro 3

#### Personas suscritas al programa de Voluntad Anticipada ordenado Estado Civil

Sexo	Solicitudes	Casados	Solteros Separados Divorciados
Femenino	242	85	157
Masculino	149	100	49
<b>Total</b>	<b>391</b>	<b>185</b>	<b>206</b>

Fuente: Periódico *El Universal*.<sup>78</sup>

<sup>78</sup> Berenice Balboa, “Suscriben 391 personas documento de voluntad anticipada” [en línea] portal *El Universal*, sección Distrito Federal, 13 de mayo de 2010, <http://www.eluniversal.com.mx/notas/680151.html> [última consulta 18 de agosto de 2010].

#### Cuadro 4

##### Registro de personas suscritas al programa de Voluntad Anticipada que suscribe la donación de órganos

Donadores	No donadores	No especificaron
190	162	34

Fuente: Periódico *El Universal*.<sup>79</sup>

El número de solicitantes que optan por seguir el procedimiento de la voluntad anticipada desde su legalización en 2008 es muy bajo en relación al porcentaje de los fallecimientos sucedidos durante esos años.<sup>80</sup>

La falta de suscriptores al programa puede tratar de explicarse por diversas situaciones entre ellas el desconocimiento de la ley de voluntad anticipada por ser un programa nuevo, por falta de promoción y difusión del derecho u otras causales como la falta de interés del enfermo o de la familia y la desconfianza.

#### *Cuidados paliativos*

Los cuidados paliativos son un procedimiento médico que es brindado a partir de que se confirma clínicamente que el diagnóstico del padecimiento es irreversible y no tiene cura. Este tipo de atención existente en la ciudad de

---

<sup>79</sup> *Ibid.*

<sup>80</sup> Tomando en cuenta que la mortalidad registrada tan sólo en el Distrito Federal, durante el año 2008 fue de 51,920 muertes en ese año Sistema Nacional de Información en Salud, datos obtenidos de: “Indicadores de Mortalidad” *Indicadores básicos de salud 2000-2008* [en línea] portal SINAIS, sección Morbilidad, 25 de noviembre de 2010, <http://www.sinais.salud.gob.mx/indicadores/basicos.html> [última consulta 13 de diciembre de 2010].

México y se encarga de brindar los servicios necesarios para evitar al enfermo mayores padecimientos con la finalidad de reducir los dolores intensos que presenta.

A partir de esta ley, el Estado en su compromiso con la sociedad se ve obligado a reestructurar su política de salud y, con ello, reorganizar los recursos económicos y humanos que son necesarios para implementar y asegurar el adecuado desarrollo de la ley de voluntades anticipadas, así como asegurar la atención psicológica, tanatológica, social, espiritual y médica que requiere el enfermo con la finalidad de reducir el sufrimiento físico y emocional tanto del paciente como de la gente que le rodea; todo ello en los términos establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En la actualidad, en México las Clínicas del dolor tienen la función de controlar el malestar y mejorar la condición de vida del paciente, especialmente ante enfermedades como cáncer, sida, insuficiencia renal, insuficiencia hepática, esclerosis múltiple o lateral. Ello a través de la atención individual e integral al paciente en el cuidado de los síntomas y junto con la participación activa de la familia.

Entre los síntomas más comunes a tratar por estas clínicas se encuentran el dolor, la tos, xerostomía (boca seca), disnea (falta de aire), náusea y vómito, estreñimiento, hipo-ascitis (líquido en el abdomen), delirio, confusión, alucinaciones, convulsiones, cefalea (dolor de cabeza), anorexia, ansiedad, depresión, insomnio, entre otros.

El reto que tienen hoy en día los servicios públicos hospitalarios es el de brindar a la población los servicios con calidad para no convertirse en un falso paliativo que caiga en una política disfuncional con una buena intención pero una inadecuada praxis.

### *Hechos, alternativas y perspectivas*

Arnoldo Kraus, especialista en Bioética, responde a una entrevista en el periódico *La Jornada* en un artículo titulado “La eutanasia, acto complejo que precisa de una gran responsabilidad” en el cual menciona que:

Desafortunadamente el tema de la eutanasia en México no se conversa debido al desinterés de la Secretaría de Salud, de los médicos, filósofos y abogados y la población en general,<sup>81</sup> [asimismo dice que] este tema no pertenece al personal especializado, sino a la sociedad, pues la vida y la muerte son un tema universal.<sup>82</sup>

Es decir, que debiera ser del interés y dominio de todos; sin embargo, señala el autor que mientras no haya presión de la opinión pública este tema no será debatido.

Por su parte, Johannes JM van Delden, médico holandés, menciona en el artículo de *La Jornada*, “Eutanasia la vuelta de tuerca”,<sup>83</sup> que hay diferencias fundamentales en el proceso holandés con respecto a la experiencia mexicana. Son tres hechos indispensables los que deben tomarse en cuenta: en primer lugar, que el debate en Holanda inició hace 39 años, en 1973, lo que indica que el proceso requirió de aproximadamente tres décadas para su legalización, mientras que en México el debate lleva tan solo tres años desde su inicio en 2007, lo que evidencia que el asunto mexicano, a pesar de tener el ejemplo Holandés, aún tiene mucho que trabajar; una segunda diferencia -nos dice- es la moral médica que en Holanda se considera admirable, pues

---

<sup>81</sup> Arturo Jiménez, “La eutanasia: Acto complejo que precisa de una gran responsabilidad: Kraus” [en línea] portal *La Jornada*, sección Cultura, (23 de junio de 2007, <http://www.jornada.unam.mx/2007/06/23/index.php?section=cultura&article=a06n1cul> [última consulta 12 de abril de 2010].

<sup>82</sup> Arturo Jiménez, “La eutanasia: Acto complejo que precisa de una gran responsabilidad: Kraus” [en línea] portal *La Jornada*, sección Cultura, (23 de junio de 2007, <http://www.jornada.unam.mx/2007/06/23/index.php?section=cultura&article=a06n1cul> [última consulta 12 de abril de 2010].

<sup>83</sup> Arnoldo Kraus, “La vuelta de la tuerca III” [en línea] portal *La Jornada*, sección Política, 28 de febrero de 2007, <http://www.jornada.unam.mx/2007/02/28/index.php?section=politica&article=021a2pol> [última consulta 6 de mayo de 2010].

asegura que cumplen con todos los requisitos para su aplicación y que los mismos pacientes se cercioran de que así sea; finalmente, menciona que en Holanda no se tiene que convencer a nadie sobre la eutanasia y mucho menos sugerirla, debido a que los médicos sólo tienen el deber de escuchar a su paciente y ayudarles en su decisión final.

Como lo dijo Delben, en México el fenómeno de la eutanasia requiere generar las condiciones mínimas elementales para que pueda llevarse a cabo de forma correcta, por lo que la aplicación de la ortanasia representa un avance que permitirá sentar las bases y los fundamentos de su legalización.

Un hecho de relevancia en México ocurrió en junio de 2008, en el estado de Aguascalientes y fue publicado en *La Jornada*, en una nota titulada “Pide una mujer eutanasia para su hija hidrocefálica”,<sup>84</sup> donde se trató el caso de una madre que pedía eutanasia activa para su hija con hidrocefalia congénita; ella comentó que los médicos le informaron que la situación de su hija era un problema de salud irreversible, y le dijeron que viviría un máximo de cuatro años; sin embargo, -para el momento en que se publicó la nota- ya habían pasado ocho años y padecía fuertes dolores, convulsiones y un peso tan sólo de 6 kilos. Por si eso no fuera suficiente no contaba con los recursos económicos para continuar el tratamiento.

Este caso adquirió relevancia debido a que la madre, Georgina Rivera, hizo esta petición al gobernador de Aguascalientes, Luis Reynoso Femat, en una conferencia que él ofreció. Así acompañada de la perredista Nora Ruvalcaba, fue la primera mujer que hizo una solicitud de eutanasia en conferencia de prensa. Su petición fue la aplicación de la de muerte asistida a su hija en lugar de una vida sin asistencia ya que, los médicos del hospital donde la atendieron la enviaron a su casa.

---

<sup>84</sup> Claudio Bañuelos. “Pide mujer eutanasia para su hija hidrocefálica” [en línea] portal *La Jornada*, sección Estados, 26 de junio de 2008, <http://www.jornada.unam.mx/2008/06/26/index.php?section=estados&article=035n1est> [última consulta 11 de julio de 2010].

Debido a esta situación, la diputada Nora Ruvalcaba, respondió que presentaría a los perredistas una iniciativa de ley. Como resultado de ello el 11 de marzo de 2009 fue aprobada dicha iniciativa y Aguascalientes se convirtió en el primer Estado después del DF en legislar en materia de voluntad anticipada.

En contraparte a la petición que planteó la diputada Rubalcaba, el Consejo Nacional de Bioética (CNB), en una nota del diario *La Jornada* expone: “Arriesgado, aprobar la eutanasia en un país de pobres, como México”, y señala que la eutanasia debe discutirse bajo principios laicos y para casos específicos con el objetivo de preservar la dignidad del individuo.

Por su parte, Fernando Cano Valle, director del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), advirtió en 2007 que:

Que los servicios de salud aún no han llegado a los municipios más empobrecidos, y su carencia limita la toma de decisión, añadió, que el analfabetismo y la desinformación en estas comunidades es un factor importante que entorpece la legalización de la eutanasia, debido a que estos factores están relacionados directamente con el ejercicio de autonomía de las personas.<sup>85</sup>

Por lo que antes de implementar nuevas normas es necesario subsanar las necesidades de esta población, mejorar y ampliar el tratamiento en cuidados paliativos. Y afirmó también que las prácticas clandestinas de eutanasia hoy en día en México son una realidad, lo cual se debe a la amplitud de resolución que existe principalmente en el ámbito privado.

No obstante, la cronología del debate y sus resultados inició en 2007 para el 27 de junio del mismo año se publicó una nota titulada, “Debate sobre la eutanasia, una nueva oportunidad” que exponía cómo -ante la propuesta presentada por los legisladores sobre la ley de voluntad anticipada y la

---

<sup>85</sup> Ángeles Cruz Martínez, “Arriesgado, aprobar la eutanasia en un país de pobres, como México” [en línea] portal *La Jornada*, sección Sociedad y Justicia, 8 de febrero de 2007, <http://www.jornada.unam.mx/2007/02/08/index.php?section=sociedad&article=043n1soc> [última consulta 24 de septiembre de 2010].

eutanasia- el Cardenal Norberto Rivera no asumió una postura clara y su discurso no correspondía a los postulados generales de la misma Iglesia, al señalar que: “si bien la iglesia no puede permitir la eutanasia, entendida ésta como suicidio asistido, todo cristiano puede hacerlo y manifiesta su postura en contra del encarnizamiento terapéutico, y de la eutanasia, por lo que no desea ninguno de estos extremos y no quiere que la gente siga sufriendo”<sup>86</sup>. El cardenal mencionó estar a favor de la ortanasia o muerte natural, y del derecho a morir dignamente. Sin embargo, dos días antes, él mismo había opinado en contra de la iniciativa de ley propuesta por los legisladores. Al parecer la iglesia católica no quería caer en el penoso caso en el que cayó con la despenalización del aborto, cuando anunció que “excomulgaría” a quien llevase a cabo la interrupción legal del embarazo.

En la misma nota Bernardo Barranco V., mencionó que la sociedad está cambiando consistentemente su forma de pensar, por lo que es indispensable fortalecer las transformaciones con base en un pensamiento laico, que evite la fragmentación y la confrontación banal. Por otro lado, afirmó que la laicidad en México es la fórmula de la convivencia, por lo que el debate de la eutanasia debe tratarse desde la consideración de las “libertades democráticas” para garantizar la tolerancia, la libertad de credos y los derechos. Además, hace una crítica a la iglesia católica por no concentrar un discurso incluyente y por asumir una postura que ignora las diferentes culturas y cultos, e incluso por omitir que al interior del mismo credo existen diversas posturas.

Por su parte, el Partido Revolucionario Institucional, en el mes de noviembre de 2009, realizó una propuesta de ley en la Asamblea Legislativa para la legalización de la eutanasia activa que, básicamente, consistía en la

---

<sup>86</sup> Bernardo Barranco V., “Debate sobre la eutanasia, una nueva oportunidad” [en línea] portal *La Jornada*, sección Opinión, 27 de junio de 2007, <http://www.jornada.unam.mx/2007/06/27/index.php?section=opinion&article=021a2pol> [última consulta 13 de septiembre de 2010].



posibilidad de que un médico finalice la vida de un paciente terminal si hay un documento de voluntad anticipada que lo estipule. Ante dicho pronunciamiento, el 18 de noviembre de 2009, en una entrevista en W Radio,<sup>87</sup> el Lic. Marcelo Ebrard Casaubón, Jefe de Gobierno del Distrito Federal, se pronunció a favor de dicha iniciativa de ley que se establece dentro del marco de la libertad para decidir de las personas, pero aclaró que él sólo podría apoyar dicha iniciativa pero ya que la decisión correspondería a los diputados. Sin embargo, el Lic. Armando Ahued, Secretario de Salud del Distrito Federal, se pronunció en contra debido a que sería un problema ético difícil de resolver entre los médicos, además de mencionar que la ley de voluntad anticipada, junto con los cuidados paliativos, son suficientes para corregir y mejorar la condición del enfermo terminal.

Un hecho fundamental para la aprobación de la eutanasia era conocer la opinión de la ciudadanía por lo que Colegio de México (COLMEX) realizó una encuesta con el siguiente cuestionamiento:

Quando una persona tiene una enfermedad que no se puede curar, ¿usted consideraría que los doctores deberían tener el derecho legal o no de terminar con la vida si así lo quieren el paciente y su familia?

Seis de cada 10 mexicanos respondieron afirmativamente. En la capital sólo 27% respondió de manera negativa, mientras que en el resto de México la mitad de los habitantes manifestó su acuerdo.<sup>88</sup>

Esta muestra fue levantada con población abierta, por lo que no hace ninguna distinción ideológica, cultural o económica. Sin embargo, y a pesar de que la población se encuentra mayoritariamente de acuerdo con la legalización de la eutanasia activa -como demuestran los resultados estadísticos arriba

---

<sup>87</sup> Yadira Rodríguez, “Ebrard a favor de la eutanasia en el DF” [en línea] portal *W radio*, 18 de noviembre de 2009, <http://www.wradio.com.mx/nota.aspx?id=911722> [última consulta 15 de septiembre de 2010].

<sup>88</sup> *Eutanasia: hacia una muerte digna* [en línea] portal Foro Consultivo Científico y Tecnológico, 2008, p. 113, [http://www.foroconsultivo.org.mx/libros\\_editados/eutanasia.pdf](http://www.foroconsultivo.org.mx/libros_editados/eutanasia.pdf) [última consulta 5 de diciembre de 2010].

proporcionados- la ley que pretende aprobar la eutanasia activa no puede ser aprobada debido a que se contrapone a las leyes federales, según informó la presidenta de la Comisión de Salud de la Asamblea Legislativa, Maricela Contreras.

El 31 de diciembre de 2009 en el diario *Criterio*<sup>89</sup> se informó que en el artículo 166 Bis de la Ley General de Salud se encuentra tipificado el delito de homicidio por piedad y se prohíbe de manera expresa la práctica de la eutanasia activa y el suicidio asistido, por lo que los legisladores federales primero tendrían que modificarla.

Como resultado de ello, los asambleístas del Partido Revolucionario Institucional llamaron a la Cámara de Diputados a que con su mayoría legislativa promovieran los cambios necesarios para eliminar los obstáculos que impiden la eutanasia. En esa ocasión, los diputados del Partido de la Revolución Democrática y el Partido Acción Nacional se mostraron en contra de la propuesta, ya que significaría un retroceso a la Ley de Voluntades Anticipadas, misma que -en su opinión- funcionaba adecuadamente.

Debido a lo anterior, el miércoles 3 de febrero de 2010, en los registros de Comunicación Social<sup>90</sup> del Gobierno del Distrito Federal, los diputados del Partido de la Revolución Democrática echan atrás la iniciativa de ley, propuesta por el Partido Revolucionario Institucional, confirmando como no viable su aprobación, al menos mientras no se realicen las reformas a la Ley General de Salud Federal, no obstante para ello se requiere una mayoría a favor de las mismas.

---

<sup>89</sup> Olivia Cabrera. “Leyes federales frenan la eutanasia en el Distrito Federal” [en línea] portal *Criterio*, sección portada, 31 de diciembre de 2009,

<http://www.criteriohidalgo.com/notas.asp?id=1572> [última consulta 23 de agosto de 2010].

<sup>90</sup> “Síntesis ejecutiva. No pasa iniciativa para aprobar la eutanasia” [en línea] portal

*Comunicación Social*, 3 de febrero de 2010,

[http://www.comsoc.df.gob.mx/sintesis/arch\\_sintesis/docs/03022010m.doc](http://www.comsoc.df.gob.mx/sintesis/arch_sintesis/docs/03022010m.doc) [última consulta 9 de junio de 2010].

Por otro lado, en el diario *Milenio* el 8 de marzo de 2010<sup>91</sup> se presenta una nota donde médicos especialistas muestran su postura respecto al problema de la eutanasia, haciendo una solicitud al Congreso donde se le solicita que se aprueben los cuidados paliativos, la atención tanatológica en niños, y que se despenalice la muerte asistida en los casos donde la medicina paliativa no surte efecto.

Ruy Pérez Tamayo, investigador biomédico, señaló que la eutanasia activa debe despenalizarse que es una pena que haya grupos de poder fosilizados que no permiten cambios en la estructura conservadora del país. Que la voluntad anticipada no resuelve el problema pues muchos pacientes llegan al punto de no poder ser tratados porque los medicamentos paliativos no les quitan ni el dolor ni los padecimientos.

En la misma nota Arnoldo Kraus, junto con Asunción Álvarez consideraron “palabrería” los argumentos contra la eutanasia y afirmaron que es malo permitir que un paciente sufra interminablemente dolores físicos severos, o síntomas como la asfixia progresiva y la desintegración mental (en el caso de las personas con Alzheimer) mencionan que es normal que pacientes en estado terminal se encuentren deprimidos, pero que deben ser tratados independientemente de que el suicidio asistido o la eutanasia sean la única opción para evitar el dolor del enfermo terminal, pues es conocido que el estado de sedación no siempre es el óptimo para un paciente, ni el más deseado y que además del dolor existe un sentimiento de angustia que no puede tratarse médicamente. Kraus expuso:

El rechazo a la despenalización de la eutanasia no se hace con base en razones médicas, que ninguna moral racional puede prohibir la terminación de la vida si ha sido ensombrecida por una enfermedad horrible para la que son inútiles los remedios y medidas disponibles. Es cruel y bárbaro mantener con vida a

---

<sup>91</sup> Blanca Valadez, “Especialistas a favor de la eutanasia” [en línea] portal *Milenio*, sección Tendencias, 8 de marzo de 2010, <http://www.milenio.com/cdb/doc/noticias2011/562a77fdb11ec7137554a9298b5fe625> [última consulta 15 de agosto de 2010].

una persona en contra de su voluntad. Asimismo menciona que el sufrimiento inútil es un mal que debe evitarse en las sociedades civilizadas.<sup>92</sup>

Asimismo Armando Garduño Espinosa, director de la Unidad de Cuidados Paliativos del Instituto de Previsión Social (IPS), comentó que, de los 750 niños que han sido atendidos, el 20% se encuentra en estado vegetativo y menciona que hay niños con cáncer que han recibido asistencia en casa para la aplicación de analgésicos, pero que no pueden ser tocados debido a los dolores intensos que ello les provoca, por lo que considera que se debe impulsar la iniciativa de la eutanasia activa ya que mantener el sufrimiento es un acto de crueldad.

Finalmente, el 9 de marzo de 2010 el noticiero *Argonmexico*<sup>93</sup> presentó un consenso en el que participaron especialistas, legisladores y abogados que concluyen que se debe implementar la eutanasia activa en el Distrito Federal; según los especialistas, ésta es una necesidad, y para los parlamentarios la voluntad de un paciente terminal debe estar por encima de cualquier consideración.

Haciendo un resumen del estado del problema: La eutanasia en México comienza a discutirse en 2007 y como resultado de ello se implementa la ley de las Voluntades Anticipadas con la cual se considera resuelto el problema para los enfermos terminales. La opinión científica se hace notar y la generación de foros y congresos relacionados con el tema empieza a fomentarse como una necesidad para resolver la situación en el ámbito nacional; la población en general, según las encuestas realizadas, muestra una postura mayoritaria a favor, sin embargo, la legislación sobre la eutanasia activa no puede ser normada debido a que existe el artículo 166 bis de la Ley

---

<sup>92</sup> *Ibid.*

<sup>93</sup> Asamblea legislativa, “Aprobar legalmente la eutanasia” [en línea] portal *Argonmexico*, sección ALDF, 09 de marzo de 2010, [http://www.argonmexico.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1117:aprobar-legalmente-la-eutanasia&catid=84:aldf&Itemid=303](http://www.argonmexico.com/index.php?option=com_content&view=article&id=1117:aprobar-legalmente-la-eutanasia&catid=84:aldf&Itemid=303) [última consulta 8 de octubre de 2010].

General de Salud donde se encuentran tipificados el homicidio piadoso, la eutanasia activa y el suicidio asistido. Un factor importante que impide su legalización es la pobreza y el bajo presupuesto que se destina al Sector Salud lo que dificulta la posibilidad de crear un escenario apropiado para que el enfermo pueda hacer valer su derecho.

Adicionalmente otras problemáticas que se presentan son: la ausencia de sistemas reguladores de los diversos programas y proyectos instaurados en el país pues en muchos casos se percibe la falta de ética de médicos (que laboran al servicio de instituciones estatales como el ISSSTE y el IMSS) que no ofrecen la calidad, el profesionalismo y la calidez que merece el paciente; asimismo las formas burocráticas de trabajo y la falta de estabilidad de los recursos, tanto humanos como materiales y económicos, son algunos de los problemas que se tienen que resolver. Por lo tanto el Sector Salud del Distrito Federal, hoy por hoy y pese a sus importantes avances, sigue por debajo del cumplimiento de los estándares de calidad y atención que debe ofrecer a la sociedad.

El fenómeno de la eutanasia en México tiene muchos puntos que resolver antes de poder llevarse a cabo con condiciones adecuadas y criterios adecuadamente establecidos. La eutanasia activa en México no ha sido aprobada no obstante, continúa debatiéndose, cada vez con mayor interés y en un mayor número de sectores.

## Capítulo 5

### Eutanasia: una propuesta para su viabilidad en México

*Tipología de la eutanasia: una propuesta para simplificar y evaluar un proceso*

Hoy en día, gran parte de la población no cuenta con conocimientos profundos sobre la eutanasia, por lo que es entendida de manera generalizada, de tal forma que cuando se piensa en ella se incluyen -sin saber- formas de muerte pasivas y activas, eutanasia lenitiva, cacótanasia, distanasia, entre otras, todas ellas con una carga valorativa y un cierto grado de confusión que se hace evidente cuando se habla de este tema y de manera casi automática se piensa en *eutanasia activa*, sin embargo, se puede estar haciendo referencia a un procedimiento distinto.

En una entrevista efectuada por el periódico *La Jornada*, publicada el 23 de junio de 2007, con el título “La eutanasia, acto complejo que precisa de una gran responsabilidad”,<sup>94</sup> le preguntaron al médico Arnoldo Kraus, especialista en bioética, si se encontraba a favor de la eutanasia, a lo que respondió que aunque pareciera ridícula su respuesta, no lo sabía y afirmó que este tema resultaba ser muy complejo, por lo que sin conocer la situación específica del enfermo no podía expresar si estaba de acuerdo con ella o no, por lo que era

---

<sup>94</sup> Arturo Jiménez, “La eutanasia, acto complejo que precisa de una gran responsabilidad: Kraus” [en línea] portal *La Jornada*, sección Cultura, 23 de junio de 2007, <http://www.jornada.unam.mx/2007/06/23/index.php?section=cultura&article=a06n1cul> [última consulta 12 de agosto de 2010].

necesario conocer con claridad y precisión la condición del solicitante lo que le permitiría tomar una postura al respecto.

La respuesta dada por el especialista y médico Arnoldo Kraus tiene un sentido lógico ya que él responde desde una perspectiva médica que es fundamental puesto que debe examinarse cada caso en particular y a detalle para poder encontrar las condiciones generales del problema y así responder a las condiciones sociales.

Es importante añadir que en la eutanasia no sólo se requiere de un análisis clínico y psicológico, sino también de uno ético, económico y legal, lo que implica una revisión sociológica multidisciplinaria a partir de la cual se puedan generar las condiciones necesarias para comprender el problema y mejorar las condiciones de aquellos que son afectados por enfermedades terminales y poder establecer una normatividad y una posible legalización.

Revisar el fenómeno de la eutanasia desde la perspectiva social por lo tanto requirió buscar las relaciones existentes entre las diversas formas que presenta el fenómeno, buscar las similitudes y a partir de ellas establecer características generales que pudieran responder a las condiciones sociales y por ende a los casos particulares.

Para poder lograrlo fue necesaria la detección de los elementos que constituyen la eutanasia, combinar cada uno de ellos con la finalidad de identificar cuáles y cuántas eran las posibles composiciones, así como excluir aquellos casos que aunque en sus particularidades eran distintos por sus condiciones generales se repetían.

Como resultado de dicha exploración se obtuvieron un total de 13 tipos de eutanasia, mismos que fueron esquematizados en una tabla denominada *Tipología de la Eutanasia*.

Esta tabla además de facilitar la comprensión del fenómeno, nos sirve como guía en el análisis del tema y permite por medio de determinados criterios establecer decisiones y/o determinaciones que permitan mejorar la condición de todos aquellos implicados en esta problemática.

La tipología que verán a continuación está conformada por las siguientes variables:

- **Número:** identificación de la clasificación de cada forma de eutanasia.
- **Tipo de eutanasia:** (modo): activa y pasiva.
- **Permisividad:** voluntaria, no voluntaria o involuntaria.
- **Sujetos implicados en la toma de decisión:** médicos, padres, otros familiares o amigos.
- **Facultades mentales:** consciente o estado de inconsciencia permanente.
- **Condición del diagnóstico:** adecuado, inadecuado.

A continuación se presenta el cuadro No “5” con la tabla: *Tipología de la Eutanasia*.



## Cuadro 5

### Tipología de la Eutanasia

No	Tipo de eutanasia (modo)	Permisividad	Sujetos implicados en la decisión	Facultades mentales del enfermo	Condición del diagnóstico
1	Activa	No voluntaria/ involuntaria	Médico, padres, otros familiares y/o amigos	Consciente	Adecuado
2	Activa	No voluntaria/ involuntaria	Médico, padres, otros familiares y/o amigos	Consciente	inadecuado
3	Activa	Voluntaria	Paciente	Consciente	Adecuado
4	Activa	Voluntaria	Paciente	Consciente	Inadecuado
5	Pasiva	No voluntaria/ involuntaria	Médico, padres, otros familiares y/o amigos	Consciente	Adecuado
6	Pasiva	No voluntaria/ involuntaria	Médico, padres, otros familiares y/o amigos	Consciente	inadecuado
7	Pasiva	Voluntaria	Paciente	Consciente	Adecuado
8	Pasiva	Voluntaria	Paciente	Consciente	Inadecuado
9	Activa/pasiva	No voluntaria/ involuntaria	Médico, padres, otros familiares y/o amigos	inconsciente	Adecuado / inadecuado
10	Activa/pasiva	Voluntaria	Paciente	*inconsciente	Adecuado
11	Activa/pasiva	Voluntaria	Paciente	*inconsciente	Inadecuado
12	Suicidio asistido	Voluntaria	Paciente	Consciente	Adecuado
13	Suicidio asistido	Voluntaria	Paciente	Consciente	Inadecuado

**Fuente: Elaboración propia.**

Como se puede observar en *la Tipología de la Eutanasia*, se presenta una clasificación de las diferentes formas que presenta el fenómeno y sus posibles

combinaciones, cada caso muestra las particularidades y las similitudes existentes. Ello nos permite identificar los casos que jurídicamente podrían ser aplicables, cuáles no y bajo qué condiciones y criterios. Estos datos pueden contribuir al establecimiento de manera explícita -hoy inexistente en el código penal del Distrito Federal- de las sanciones correspondientes a cada tipo, haciendo las precisiones y adecuaciones correspondientes así como responder a los requerimientos y necesidades éticas, clínicas y legales de la sociedad.

La Tipología de la Eutanasia cuenta con 6 columnas, mismas que serán explicadas con mayor precisión a continuación:

**1.- Número:** El presente rubro no sólo se utiliza para enumerar en forma consecutiva cada columna y mostrar de forma inmediata el total de elementos que se presentan, sino que pretende ser un número de clasificación que identifique una combinación específica y facilite su reconocimiento.

**2.- Modo:** con ello nos referimos a la forma específica e intencionada en la que se realiza la eutanasia. Dicha acción -como se mencionó anteriormente- puede ser llevada a cabo por la no-acción, es decir omisión de una labor que tiende a reducir la vida del paciente (estos actos pueden ser la supresión en el tratamiento de la hidratación, la oxigenación o la alimentación por sonda) al que se le llama *modo pasivo*, por otra parte se encuentra la aplicación directa de la eutanasia como resultado de una acción específica cuyo efecto es la terminación de la vida, en el cual una tercera persona aplica al enfermo diversas sustancias (sedantes y venenosas) con el objetivo de causar la muerte, a esta forma se le conoce como *modo activo*; finalmente, se encuentran aquellos casos en los que el enfermo es proveído de los medios y sustancias necesarias para que sean aplicadas por él mismo; generalmente dicha acción se realiza en soledad y se le conoce como *suicidio asistido*.

**3.- Permisividad:** En relación al estado de permisividad es decir, la acción de dar permiso, se consideran tres factores específicos: el *voluntario*, en el que el paciente expresa explícitamente su deseo de morir y en algunos casos inclusive se realiza la petición por escrito; el *no voluntario* en el que el paciente no hace explícito su deseo de morir, (estos casos pueden presentarse por alguna enfermedad que le incapacita para tomar o expresar una decisión) y la decisión es tomada por terceras personas en lugar del paciente; finalmente la *involuntaria*, en la cual el paciente tiene claro que quiere vivir y hace explícito su deseo de continuar con sus tratamientos médicos, pero su decisión no es tomada en cuenta.

**4.- Sujetos implicados en la toma de decisión:** en este apartado nos referimos a aquellos casos en los que un tercero (padre, otros familiares, amigos o el médico) se encuentra implicados en la toma de decisión del enfermo o incluso toman la decisión por él. Estas condiciones pueden darse en aquellos casos en los que, por ejemplo, se cuenta con minoría de edad; los casos de personas que son mudas o parapléjicas, mismas que están impedidas para expresar sus necesidades y deseos por ejemplo: lagunas mentales o alzhéimer que les impiden tomar una decisión consciente, o donde ya no hay conciencia como en el estado vegetativo o el coma permanente; finalmente aquellos casos en los que el paciente está consciente, puede expresarse y no desea morir, pero por intereses ajenos a él un tercero opta por la opta por la eutanasia.

Dentro de las consideraciones anteriormente mencionadas y en congruencia con nuestra investigación es muy importante asentar que al no ser el paciente quien tome la decisión, se estaría actuando no sólo fuera del marco de la ley sino fuera del marco del respeto a los derechos humanos, ya que desde nuestra perspectiva es fundamental salvaguardar al individuo y el uso de sus derechos.

Por lo tanto se debe asegurar que los casos en que el paciente se encuentre consiente, nadie tiene derecho a solicitar que se lleve a cabo un procedimiento de eutanasia que no haya sido solicitado por él mismo, y que se establezcan con precisión los criterios a través de los cuales una tercera persona puede responsabilizarse y decidir por un enfermo, hecho que incluye el retiro de los tratamientos o la implementación de aquellos que alargan el tiempo de vida pero no dan cura.

**5.- Facultades mentales del enfermo:** En este apartado se establece que el estado *consciente* existe cuando una persona tiene la capacidad de tomar cualquier tipo de decisión respecto a su vida, dentro de los parámetros establecidos por estudios médicos que expresan conciencia y equilibrio mental.

Por su parte, cuando nos referimos a *inconciencia* hablamos de una persona que se encuentra en desequilibrio mental, estado de coma o vegetativo irreversible lo que implica que no existe posibilidad de que el paciente recobre la conciencia.

Las condiciones mentales del enfermo son de gran relevancia ya que a partir de ella se distingue si tiene la capacidad de decidir por sí mismo o si se considera que sus aspiraciones son resultado del desequilibrio mental.

En este caso, nuevamente se presenta la disyuntiva de si un familiar, amigo, tutor o el médico, tiene derecho a disponer de la vida del enfermo.

**6.- Condición del diagnóstico:** Existen dos variables, la primera considerada *adecuada* la cual hace referencia a aquella condición en la que el enfermo ha recibido un diagnóstico clínico certero obtenido no sólo por la exploración de un médico, sino por la realización de estudios diversos y la revisión de varios especialistas que concuerdan con los resultados. La segunda variable considera un diagnóstico *inadecuado*, esto se refiere a los casos en los que el médico, actuando de manera negligente e irresponsable, informa al paciente

y/o los familiares sobre el estado de salud dando un diagnóstico incorrecto ya sea por falta de conocimiento en el tema o por la incapacidad de asesorarse y confrontar con otros médicos especialistas la situación que probablemente no sea de su total comprensión. Otros factores pueden ser la falta de profesionalismo o la inexperiencia que ocasiona el riesgo de llegar a conclusiones erróneas que afectan directamente al paciente, así como condiciones de trabajo sobrecargadas por falta de recursos humanos, materiales o económicos.

Finalmente, cabe mencionar que para la aplicación de un procedimiento de eutanasia voluntaria antes se deben disminuir los dolores del paciente al máximo por medio de las alternativas de cuidados paliativos con el fin de evitar que éste tome decisiones que son resultado de la desesperación causada por el dolor.

*Ejemplo para uso y aplicación del cuadro tipológico: un caso real*

En octubre de 1971 en Holanda, la doctora Geertruida Postma visitó a su madre en la clínica geriátrica donde estaba internada a causa de una hemorragia cerebral que la tenía parcialmente paralizada, sorda, con pulmonía y problemas para hablar; al llegar, la encontró en una silla de ruedas con los brazos atados para evitar que se cayera.

La Dra. Postma no pudo resistir al ver la condición de su madre, “como un desecho humano, clavada a una silla” y regresó al día siguiente para inyectarle una dosis letal de morfina, después de lo cual dio aviso de su acción al director de la clínica quien llamó a la policía. Cabe mencionar que su madre le había solicitado en repetidas ocasiones que la ayudara a morir, y al no conseguir su apoyo intentó suicidarse, sin obtener éxito.

En ese tiempo en Holanda la eutanasia no estaba legalmente aprobada por lo que el caso de la Dra. Postma fue un precedente importante a partir del cual iniciaron profundas investigaciones que culminaron con su legalización.

Como se puede observar, el caso presenta características particulares que deben ser identificadas y localizadas en la *Tipología de la Eutanasia* para identificar a qué *tipo* de eutanasia nos referimos.

#### *Aplicación del cuadro tipológico en el caso de la Dra. Postma*

Las condiciones que se observan en dicho caso son las de una ***eutanasia activa***, ya que la Dra. Postma lleva a cabo una acción intencionada que causa la muerte, al aplicar una dosis elevada de morfina. Este evento ocasionó la caída en estado de coma de su madre y con ello su muerte, por lo que ésta no sufrió durante dicho proceso; asimismo, la aplicación de la eutanasia fue ***voluntaria*** ya que había habido solicitud explícita y repetitiva, lo que exigía un estado de salud mental ***conciente*** adecuado, (ya que como se ha dicho los problemas de salud que tenía no estaban relacionados con problemas mentales) lo que hacía posible respetar su decisión, además de que fue la propia ***paciente*** quien tomó esa decisión sin influencia de otra persona externa; en cuanto al diagnóstico era ***adecuado*** al afirmar que la enfermedad de su madre era una enfermedad irreversible, dolorosa y lenta sin posibilidades de cura, diagnóstico con el cual concordaban los médicos del asilo donde la tenía internada y la propia Doctora.

Como resultado de ello, encontramos que el evento muestra correspondencia con las condiciones tipológicas del caso clasificado con el número **3** en donde la acción se presenta de la misma forma en que ha sido explicada en los párrafos anteriores, a continuación el fragmento Tipológico correspondiente a la ejemplificación del caso de la Dra. Postma, cuadro número “6”.

## Cuadro 6

### Fragmento Tipología de la Eutanasia

No	Tipo de eutanasia (modo)	Permisividad	Sujetos implicados en la decisión	Facultades mentales del enfermo	Condición del diagnóstico
3	Activa	Voluntaria	Paciente	Consciente	Adecuado

**Fuente: Elaboración propia.**

*Anotaciones sobre la tipología presentada. Una propuesta de legalización*

Ahora que se ha ejemplificado la forma como se puede adaptar una circunstancia específica de un tipo de eutanasia a la tabla tipológica, presentaremos diversas anotaciones que se consideran pertinentes, seguidas del fragmento de la Tipología que corresponda.

Respecto a los tipos del cuadro clasificados con los números **1, 2, 5, y 6** se puede observar que no cubren las condiciones que se presentan en el código penal, los Derechos Humanos, y el discurso laico para que puedan ser acreditados como un derecho a morir con dignidad, en tanto ellos son involuntarios, o no voluntarios a pesar de que el estado mental del paciente es clínicamente saludable. Véase cuadro “7” a continuación.

## Cuadro 7

### Fragmento Tipología de la Eutanasia

No	Tipo de eutanasia (modo)	Permisividad	Sujetos implicados en la decisión	Facultades mentales del enfermo	Condición del diagnóstico
1	Activa	No voluntaria/ involuntaria	Médico, padres, otros familiares y/o amigos	Consciente	Adecuado
2	Activa	No voluntaria/ involuntaria	Médico, padres, otros familiares y/o amigos	Consciente	inadecuado
5	Pasiva	No voluntaria/ involuntaria	Médico, padres, otros familiares y/o amigos	Consciente	Adecuado
6	Pasiva	No voluntaria/ involuntaria	Médico, padres, otros familiares y/o amigos	Consciente	inadecuado

**Fuente:** Elaboración propia.

Es importante anotar que, en todos los casos del cuadro “7”, el paciente se encuentra consciente, es decir, el estado de salud mental es clínicamente sano por lo que tiene la capacidad de tomar cualquier decisión sobre sí mismo de tal manera que la eutanasia se origina por la decisión y acción de terceras persona incurriendo en *homicidio doloso*.

En el cuadro a continuación se presentarán los tipos clasificados con los números **2, 4, 6, 8, 9, 11 y 13** se puede observar que todos cuentan con un diagnóstico de salud inadecuado, lo que implica que la toma de decisiones se sustenta en datos que describen una condición de enfermedad irreversible y dolorosa pero falsa, dando como resultado la muerte del paciente.

En estos tipos de eutanasia, pierde importancia si el enfermo tiene o no la voluntad de que se le aplique, o si es consciente o inconsciente ya que en todo



momento se infringen sus derechos debido a la negligencia médica. Ver cuadro “8” Fragmento *Tipología de la Eutanasia*.

**Cuadro 8**

**Fragmento Tipología de la Eutanasia**

No	Tipo de eutanasia (modo)	Permisividad	Sujetos implicados en la decisión	Facultades mentales del enfermo	Condición del diagnóstico
2	Activa	No voluntaria/ involuntaria	Médico, padres, otros familiares y/o amigos	Consciente	Inadecuado
4	Activa	Voluntaria	Paciente	Consciente	Inadecuado
6	Pasiva	No voluntaria/ involuntaria	Médico, padres, otros familiares y/o amigos	Consciente	Inadecuado
8	Pasiva	Voluntaria	Paciente	Consciente	Inadecuado
9	Activa/pasiva	No voluntaria/ involuntaria	Médico, padres, otros familiares y/o amigos	inconsciente	Adecuado / inadecuado
11	Activa/pasiva	Voluntaria	Paciente	*inconsciente	Inadecuado
13	Suicidio asistido	Voluntaria	Paciente	Consciente	Inadecuado

**Fuente:** Elaboración propia.

El diagnóstico inadecuado puede deberse a acciones como: no cumplir con los requisitos y normas establecidos en el área de trabajo, no contar con el consejo y revisión de otros especialistas para diagnosticar los padecimientos, no mandar a realizar los estudios adecuados. No proporcionar la información adecuada y completa.

Los casos a continuación clasificados con los números **9, 10 y 11** como se verá en el cuadro “9” *Tipología de la Eutanasia* tienen en común la condición de que el paciente se encuentra inconsciente, el hecho de que en estos casos la eutanasia se aplique de forma *activa o pasiva* resulta un tanto irrelevante en términos del enfermo quien no se da cuenta del suceso, sin embargo, es de vital importancia para la familia.

### Cuadro 9

#### Fragmento Tipología de la Eutanasia

No	Tipo de eutanasia (modo)	Permisividad	Sujetos implicados en la decisión	Facultades mentales del enfermo	Condición del diagnóstico
9	Activa/ pasiva	No voluntaria/ involuntaria	Médico, padres, otros familiares y/o amigos	inconsciente	Adecuado / inadecuado
10	Activa/ pasiva	Voluntaria	Paciente	inconsciente	Adecuado
11	Activa/ pasiva	Voluntaria	Paciente	inconsciente	Inadecuado

**Fuente:** Elaboración propia.

El tipo **9** es de gran interés ya que, ante el estado mental inconsciente del paciente, no es admisible aplicar la eutanasia pues éste se encuentra imposibilitado para tomar una decisión, y es de conocimiento de las personas que lo rodean que nunca estuvo de acuerdo con dicho procedimiento. Es importante tener presente que los criterios que se han presentado a lo largo de la investigación para poder ser un receptor responsable de la eutanasia no se cumplen en este caso, en tanto consideramos que el derecho a decidir sobre el propio cuerpo es la condición indispensable para el cumplimiento de sus

derechos y evitar incurrir en el delito de eutanasia no voluntaria o involuntaria, es decir *homicidio doloso*, aunque se haya realizado por piedad.

Por su parte, los casos **10 y 11** a diferencia del anterior presentan la condición de voluntariedad (autorización del paciente) lo que permite que la eutanasia pueda llevarse a cabo. No obstante, es necesario que el paciente antes de caer en estado de inconsciencia elabore un documento de voluntad anticipada donde exprese de forma escrita el interés y la aprobación de la misma, haciendo valer su derecho.

Todo caso de eutanasia por estado de inconsciencia irreversible requiere un estudio profundo y especializado donde se evalúen las condiciones sustanciales que permitan su viabilidad a través de un análisis fundamentado en el concepto del valor de la vida y el valor de la persona, (dicho sea de paso, esta condición no estará relacionada directamente con el enfermo sino con terceros afectados) principalmente cuando se trata de problemas como: coma profundo, estado vegetativo irreversible, enfermedades mentales como Alzheimer y algunos otros casos donde el paciente despierta del estado vegetativo o el coma pero su salud mental queda con severas secuelas de discapacidad.

El siguiente cuadro presenta los tipos **12 y 13** referentes al suicidio asistido en estos casos el enfermo será quien solicite la eutanasia y siempre presentará la condición de voluntariedad de salud mental adecuada para poder ser asistido. En estos casos el enfermo será proveído de las sustancias necesarias para que él mismo se dé la muerte. La única condición que cambia en estos casos es el estado de la información proporcionada por el médico en tanto es adecuada o no lo es. Ver cuadro “10” del *Fragmento Tipológico de la eutanasia*.

**Cuadro 10**

**Fragmento Tipología de la Eutanasia**

No	Tipo de eutanasia (modo)	Permisividad	Sujetos implicados en la decisión	Facultades mentales del enfermo	Condición del diagnóstico
12	Suicidio asistido	Voluntaria	Paciente	Consciente	Adecuado
13	Suicidio asistido	Voluntaria	Paciente	Consciente	Inadecuado

Fuente: Elaboración propia.

El siguiente y último *Fragmento Tipológico de la Eutanasia* cuadro “11” corresponde a los tipos **3, 7, 10 y 12** donde se observa que el estado de permisividad es voluntario, condición determinante para que la eutanasia pueda practicarse.

**Cuadro 11**

**Fragmento Tipología de la Eutanasia**

No	Tipo de eutanasia (modo)	Permisividad	Sujetos implicados en la decisión	Facultades mentales del enfermo	Condición del diagnóstico
3	Activa	Voluntaria	Paciente	Consciente	Adecuado
7	Pasiva	Voluntaria	Paciente	Consciente	Adecuado
10	Activa/pasiva	Voluntaria	Paciente	*inconsciente	Adecuado
12	Suicidio asistido	Voluntaria	Paciente	Consciente	Adecuado

Fuente: Elaboración propia.

Desde este punto de vista podemos afirmar que la eutanasia puede ser viable en México siempre y cuando cumpla con los criterios que se presentan en el fragmento de la tipología “11” es decir, que el diagnóstico sea en todos los casos adecuado, lo que permite establecer que el tiempo de vida será corto, que la solicitud de la eutanasia es una decisión personal y explícita, y que el paciente es quien elige la forma en que desea le sea practicada.

El caso **10** en particular difiere del resto, ya que presenta voluntariedad pero un estado de salud mental inadecuado, por lo tanto implica que el paciente realizó su solicitud de eutanasia antes de la pérdida de la conciencia.

Como resultado de la investigación podemos afirmar que los tipos **3, 7, 10 y 12** de la tipología de la eutanasia deben ser orientados hacia su revisión jurídica para su posible legalización, lo que permitiría la absolución de sanción penal a los médicos que la lleven a cabo.

Lo anterior apoyándonos principalmente en los criterios de la propiedad del cuerpo y la pertenencia de quien lo posee, la exclusión de criterios divinos o sagrados, y el artículo 15° del Código Penal Federal, fracción III, que se expone nuevamente a continuación:

“Será causa de supresión del delito si se obra con el consentimiento del titular del bien jurídico afectado, siempre que se llenen los siguientes requisitos:

- d) Que el bien jurídico sea disponible.
- e) Que el titular del bien tenga la capacidad jurídica para disponer libremente del mismo y,
- f) Que el consentimiento sea expreso o tácito, sin que medie algún vicio, o bien que el hecho se realice en circunstancias tales que permitan fundadamente presumir que, de haberse consultado al titular, éste se hubiese otorgado el mismo”.<sup>95</sup>

---

<sup>95</sup> *Código Penal Federal*, México, Juridiediciones, 2009, p.6.

De esta manera podemos establecer que las formas de eutanasia **3, 7, 10 y 12** son las únicas viables y las únicas que, hasta el momento, pueden asegurar la integridad y el respeto a los derechos del enfermo con su aplicación. En este fragmento de la tipología se puede observar que se cumplen los principios establecidos por los derechos humanos en concordancia con el Código Penal Federal y la legislación de la eutanasia que ya existe en otros países. Es decir que estas cuatro formas nos permiten concluir que la eutanasia en México sí es viable y que no todas las formas de aplicación lo son en nuestro país, sino específicamente las del fragmento tipológico número “11”.

Evidentemente, dicha aplicación implica no sólo un informe y un cambio en la normatividad, implica una serie de modificaciones en todas las áreas relacionadas con la salud para asegurar su buen funcionamiento.

En el caso de estos cuatro tipos se debe asegurar que el paciente ha recibido otros tratamientos que no han logrado mejorar el estado de salud y tampoco detuvieron el avance de la enfermedad. Para esta decisión se debe asegurar y verificar si la condición de salud mental del paciente es adecuada y que por lo tanto tiene la capacidad de decidir. En aquellos casos donde exista alguna duda sobre los resultados obtenidos no se puede aplicar ninguna forma de eutanasia, por lo que será indispensable apoyar al paciente para que adquiera estabilidad emocional en caso de ser posible, de lo contrario, se considerará que el paciente no está en condiciones mentales para tomar dicha decisión (lo que lo haría quedar fuera de los tipos **3, 7, 10 y 12** y pasar a aquellos casos clasificados con estado de inconsciencia y por lo tanto su aplicación sería involuntaria o no voluntaria).

Tanto la eutanasia activa como la pasiva son discutidas desde muy diversas perspectivas, en este sentido, lo que hace la diferencia es si el procedimiento se realiza por omisión o por acción de medidas médicas a las que se les puede calificar éticamente. Sin embargo, las evidencias de la intencionalidad pueden

no ser visibles, lo que implica que no exista certeza al condenar o no a un médico por aplicar eutanasia intencionada ya que resulta difícil distinguir, en especial si el médico argumenta que su intención fue mitigar los dolores más no causar la muerte.

La forma resulta perder importancia ante nuestra perspectiva debido a que la intención de la acción y la forma producen el mismo resultado es decir, la muerte de la persona, (ya que en ambos casos se trata de disminuir los padecimientos) pero ello no nos asegura que este desee o no su muerte y que sean respetados sus derechos.

Esta circunstancia es fundamental para que los criterios presentados por la tipología sean tomados en cuenta y para establecer cuáles son los parámetros de acción, para que se reduzcan los riesgos que la población no ha identificado, y las dificultades que podrían presentarse en caso de legalización de la eutanasia.

Finalmente, es importante mencionar que en esta tipología no se encuentra incluida la forma de eutanasia activista, (que en todo momento es voluntaria) la cual requiere de una revisión profunda para su posible legislación puesto que no implica un estado de salud irreversible y/o doloroso, sino el simple deseo de terminar con la propia vida lo que se resuelve generalmente con el suicidio. Cabe mencionar que esta forma de eutanasia no se encuentra dentro de la discusión contemporánea en nuestro país.

### *Propuesta para la Aplicación de la eutanasia en México*

El fenómeno de la eutanasia, como se ha podido observar a lo largo de la investigación, contiene una serie de elementos que lo vuelven complejo y dificultan el diálogo con fines a su legalización, principalmente porque el discurso que se presenta, a pesar de ser de carácter científico y político, se

encuentra permeado de una carga ética que complejiza y dificulta la observación del fenómeno. Sin embargo, desde el análisis laico y en virtud del derecho que tiene el hombre de decidir sobre sí mismo, y hacer valer su derecho a una muerte con dignidad, se presentan a continuación algunos puntos que pueden ayudar a darle cabida a este fenómeno en el país.

La propuesta principal consiste, en primera instancia, en la legalización únicamente de la eutanasia voluntaria en pacientes terminales con enfermedades irreversibles, en quienes los cuidados paliativos ya no producen el efecto sedante esperado o les causan mayores sufrimientos.

Para aquellos que han caído en estado de coma o vegetativo, se propone que les sea aplicada únicamente si han dejado su testamento de vida en donde se especifica de forma clara y precisa su deseo de que les sea aplicada la eutanasia pasiva o activa. Así, a las personas que no hayan realizado dicho testamento, por la causa que fuese, no se les adelantará la muerte para no interferir en su estado de derecho y su condición de dignidad. Con ello, enfermos mentales y ancianos podrán estar seguros de que nadie ejercerá ningún tipo de violación a su cuerpo.

#### *Clínica especializada en atención de enfermos terminales*

Para poder llevar a cabo esta acción y convertir la eutanasia en una realidad, se propone la creación de una clínica especializada en la aplicación de la eutanasia que asegure el cumplimiento de la normatividad establecida y que lleve un registro exacto y exhaustivo de cada uno de los casos que se presenten.

Dicha institución debe ser un centro hospitalario con personal médico especializado (médicos, tanatólogos, trabajadores sociales, psicólogos, abogados, notarios) y debe tener enlace directo con la Comisión Nacional de



Derechos Humanos, que tendrá la obligación de dar seguimiento al expediente de los pacientes que ingresen a dicho centro.

El médico no sólo deberá conocer la situación de salud del paciente, sino que deberá tener también una preparación tanatológica, anestesiológica, psicológica y jurídica (específica para las condiciones normativas de la eutanasia) que permita brindar la atención adecuada a estos pacientes, para ello se requerirá de una especialización en atención a pacientes terminales y con enfermedades irreversibles, lo que excluirá a médicos, familiares y amigos de aplicar eutanasia en forma unilateral.

Los médicos que tengan la preparación correspondiente deberán contar con un permiso especial que garantice que pueden aplicar la eutanasia bajo las condiciones que reglamente la legislación sin recibir penalización.

Para que un paciente pueda recibir atención y acceder a la institución médica de atención a pacientes terminales y con enfermedades irreversibles y dolorosas deberá acudir a una institución pública o privada para asignarle al médico correspondiente, cumpliendo con las siguientes condiciones:

1. El paciente fue revisado por más de un especialista y concluyen que el paciente no tiene cura y que su tiempo de vida es menor a 6 meses (que es el tiempo que médicamente se utiliza para definir si un enfermo se encuentra en situación terminal).
2. Que el paciente tenga dolor insoportable y presente malestares que ya no pueden ser eliminados con el cuidado paliativo o que dichos cuidados le provoquen reacciones secundarias que se sumen a sus propios malestares.
3. Que el enfermo haya solicitado por escrito en un documento oficial que se le aplique la eutanasia.

4. Que el paciente haya solicitado su traslado a la clínica de cuidados terminales y con enfermedades irreversibles, donde se le puede aplicar la eutanasia activa y voluntaria (ya que será el único lugar donde ésta pueda llevarse a cabo). En los casos de eutanasia pasiva serán recibidos para valorar su condición y posteriormente reenviados a sus domicilios bajo un tratamiento de sedación para que se encuentren en mejores condiciones y cerca de su familia, sin que reciban a partir de ese momento ningún tratamiento que no sea el de cuidados paliativos.

La clínica de atención a pacientes terminales funcionará de la siguiente manera:

1. Un especialista deberá revisar cuidadosamente el expediente del paciente, presentar un breve informe donde explique las condiciones del mismo y confirme que su estado de salud es terminal, y que el paciente ya no responde a los cuidados paliativos.
2. El paciente deberá ser trasladado a un espacio acogedor con compañía de sus familiares o allegados.
3. El paciente deberá recibir la visita de un psicólogo especialista en pacientes terminales que revise el estado de salud mental y asegure que la solicitud de eutanasia es un deseo del paciente, que no tiene origen en la presión social o familiar y tampoco en un estado de depresión transitorio.
4. Mientras se le brinda esta atención deberá recibir cuidados paliativos para mantenerlo en la mejor condición posible.
5. El médico tratante tendrá la obligación de explicar con claridad al paciente y a sus familiares el diagnóstico médico confirmando al paciente que efectivamente se encuentra en estado terminal y que no podrá recuperarse.

6. El paciente recibirá cuidados paliativos hasta que se hayan realizado todas las pruebas correspondientes, estableciendo el tiempo máximo que podrá llevar dicho procedimiento con la finalidad de evitar un proceso engorroso y burocrático que alargue la agonía del enfermo. Después de la realización de dicha corroboración, el paciente tendrá el derecho de definir en qué momento desea que se le aplique la eutanasia activa.
7. El paciente, por medio de un notario de la clínica, testificará su deseo de eutanasia activa.
8. En caso de que el paciente se arrepienta deberá informar y solicitar por escrito que anula el proceso, para que se hagan los trámites correspondientes y, nuevamente, sea trasladado a la clínica de origen y se continúe con los cuidados paliativos o se someta a diversos tratamientos médicos que ayuden a mantenerlo con vida durante más tiempo.
9. La clínica de atención a enfermos terminales sólo atenderá a pacientes que se encuentren en estado terminal y hayan solicitado eutanasia activa.
10. En caso de ser un menor de 13 años, podrán ser los padres quienes hagan la solicitud. Los jóvenes mayores a esa edad podrán solicitarla por sí mismos; sin embargo, también requerirán de la autorización de los padres hasta cumplidos los 18 años de edad.
11. Los pacientes que tengan enfermedades irreversibles como paraplejias, artritis o Alzheimer avanzados, entre otras que generan dolores insoportables e impiden la realización de las necesidades básicas como comer, beber y asearse entre otras, pero que no se encuentran consideradas como enfermedades terminales deberán tener el derecho de ser incluidos en el programa para que se les aplique la

eutanasia activa, siempre y cuando ellos la soliciten sin presión por parte de terceros. Esto también aplicará para aquellos que realizaron su petición en el testamento de vida.

12. El personal de derechos humanos y trabajo social deberá vincularse con el paciente para comprobar que la decisión es libre y que éste no está siendo víctima de abuso o presión.
13. El hecho de proponer una clínica especializada permitirá asegurar que el procedimiento aplicado sea el adecuado, con el cumplimiento de la normatividad, con la atención y precisión necesaria que evite el trato inadecuado por una mala práctica médica, negligencia, falta de conocimientos y/o corrupción médica, así como por falta de personal o equipo.

La clínica recibirá el instrumental y el medicamento necesario para la aplicación de la eutanasia al paciente, el cual será proporcionado al médico con las dosis especificadas en una solicitud previamente elaborada, para asegurar que dicha sustancia no sea utilizada con otro fin y mucho menos, para otra persona, lo cual se podrá asegurar con la expedición del acta de defunción que se proporcionará en la misma clínica.

El trabajo conjunto en la clínica permitirá que toda actividad se realice con los controles adecuados, especializados, con la verificación legal y médica correspondiente.

Esta clínica deberá tener una contraloría médica que se encargue de la revisión y control de cada caso.

En los casos en los que el paciente indique en su testamento anticipado su deseo de donar órganos, esto no será aplicable en la clínica de atención a pacientes terminales, solo se considerará su petición de eutanasia, esto con la intención de garantizar que la aplicación de no se produzca con fines ajenos y salvaguardar el estado físico y emocional del paciente asegurando el

cumplimiento de su derecho. Así, en caso de existir un testamento de vida donde se especifique el interés de donar algún(os) órgano(s) y esto sea posible, se deberán establecer medidas que permitan que se lleve a cabo dicho procedimiento.

Se propone que se estudie con precisión y profundidad el problema referente a la donación de órganos para que pueda ser reglamentado sin que perjudique el correcto funcionamiento de la clínica de atención a enfermos terminales y los derechos del enfermo pero que éste en ningún momento sea aplicado en la clínica especializada para enfermos terminales.

Esta clínica, como se mencionó con anterioridad, será la única validada para llevar a cabo la aplicación de la eutanasia, ningún otro centro hospitalario, ni público ni privado, ni ningún médico no certificado podrá hacerlo, en caso de ser así deberá recibir la sanción penal correspondiente.

El servicio de la clínica será responsabilidad del Gobierno y deberá ser gratuito o con un costo de recuperación, previo a un estudio socioeconómico del paciente y sus familiares. El Estado tendrá que asegurar el correcto funcionamiento de la clínica, (que cuente con el instrumental, el personal, los medicamentos y todas las condiciones necesarias para su adecuado funcionamiento) así como informar a la población para que conozca el proceder de la clínica y asegurar la transparencia del proceso.

El médico jamás deberá ofrecer al enfermo la eutanasia. Su función será brindarle la atención necesaria para su recuperación y alivio pero jamás inducirlo a morir; deberá escuchar con atención para conocer sus deseos y sólo ante la petición de eutanasia explícita y por escrito promoverá su canalización a la clínica especializada.

Finalmente, cada estado del país deberá tener la capacidad y autonomía para introducir la aplicación de la eutanasia, siempre que cuente con la capacidad y el presupuesto para llevarlo a cabo.

## Conclusión

La religión judeo-cristiana y sus diversas ramificaciones no son las únicas instituciones religiosas que establecen la existencia de la vida después de la muerte, los budistas e hinduistas por ejemplo, plantean esta misma perspectiva, a pesar de que hoy en día nos encontramos ante la imposibilidad de comprobar lo que existe -si así fuese- después de la vida, la idea de la nada después de la vida continua siendo un concepto difícil de entender e igualmente imposible de comprobar.

No obstante, la muerte propia de la condición humana e irremediable pone en jaque las bases de aquellas religiones que se sostienen en la idea de la eternidad, la resurrección, el paraíso, la trascendencia e incluso la reencarnación que son algunas formas de vida eterna, por lo que aceptar la finitud resulta inconcebible debido a que niega dichas premisas de lo divino y de la esperanza que son elementos constituyentes de la religiosidad.

El significado de la muerte para el hombre ha sido resultado de su historia, sus costumbres y creencias; sin embargo, en su sociedad existe una gran diversidad de ideas que no necesariamente son comunes a todos es decir, aquello que difiere de una cosmovisión acreditada por la comunidad. De este modo, las diferencias con la normalidad resultan ser motores de transformación a través de los cuales las sociedades evolucionan y cambian su forma de conducirse, de ser, de pensar y de actuar; así, el derecho del hombre a decidir libremente sobre su cuerpo no es una característica que se haya encontrado presente en toda las etapas de la humanidad, sino que surgió en una determinada época debido a una serie de condiciones específicas que permitieron la propagación y conformación de esa idea por lo que el deseo de prolongar la vida y resistir a la enfermedad o disponer terminar con ella es

resultado de una exploración que se presenta dentro de una estructura social que puede limitar la praxis pero que no puede impedir su planteamiento.

El derecho a decidir sobre el propio cuerpo por lo tanto, no es una condición que haya existido siempre ni que sea permanente, sino que se ha adquirido con el paso del tiempo al implementarse los derechos del hombre en la sociedad momento en el que nacen diversas posibilidades de elegir. Sin embargo, esa decisión aparentemente personal no es tomada sin influencia del entorno debido a que también responde a la cultura, la moral, los principios, la formación y la religión que constituye a cada sujeto.

El sentido la vida ha sido fundamental en el acontecer humano desde diversas perspectivas: filosóficas, religiosas, morales, legales, científicas, entre otras. Sin embargo cuando la existencia de la vida se vuelve más importante que la calidad de la misma, se puede caer en excesos tales como la obstinación médica, en donde los esfuerzos por mantener la vida del enfermo se vuelven inhumanos ante la imposibilidad de recuperar la salud, momento en el que se hace indispensable reformular dicha condición para generar normas jurídicas que lo protejan de mayor sufrimiento que el que la enfermedad por sí misma produce.

Tener presente el momento en que se debe dejar morir al otro permite revalorar la concepción que se tiene sobre la muerte y a su vez establecer nuevas condiciones a partir de las cuales mejore la condición del enfermo en sus últimos días de vida.

Desde esta perspectiva en el presente trabajo se concluye que la eutanasia es un derecho, por lo que debe ser implementada en México, asimismo, se considera que es factible siempre y cuando se cumplan irreductiblemente dos condiciones: en primer lugar que sea **voluntaria** y en segundo que su aplicación se realice exclusivamente a **pacientes terminales** con estas características se puede brindar la seguridad al enfermo de que bajo ninguna

circunstancia será aplicada en contra de su voluntad o por consideraciones y necesidades de terceras personas.

La aplicación de eutanasia obliga al personal médico a prepararse más, y a ser más cuidadoso con sus acciones, a dar mejores diagnósticos en tanto será objeto de revisión permanente y deberá confirmar sus diagnósticos con otros colegas que le ayuden a reflexionar sobre sus consideraciones, esto no sólo será benéfico para el enfermo, sino que también disminuirá los gastos en salud tanto de las instituciones como de aquellos quienes acompañan al enfermo.

El hecho de que la eutanasia sea voluntaria implica que no se interpone a las creencias de ninguna persona, no daña a quien no la acepta, ni perjudica a quien la pretende. Su existencia libera al hombre y le permite ejercer con firmeza un derecho que ante su inexistencia lo transgrede.

Puedo afirmar que la eutanasia en México es viable; sin embargo, no en todos los estados del país, ni en todas las comunidades, ya que antes es preciso establecer y fortalecer las condiciones necesarias para que se lleve a cabo, respetando los derechos y diferencias de cada comunidad, pues en caso de no llevarse a cabo con las correspondientes consideraciones y adecuaciones, la eutanasia puede convertirse en un problema mucho más grave que aquel que se trata de solucionar.

Hoy en día, la medicina paliativa comienza a adquirir mayor importancia en el mundo. En México, por ejemplo, el enfermo terminal es atendido con cuidados paliativos que le ayudan a resistir sus malestares de una manera menos dolorosa; y la existencia del testamento de vida o voluntad anticipada ahora lo protege de ser víctima del maltrato médico.

Sin embargo, ni la medicina paliativa, ni la voluntad anticipada resuelve el problema fundamental, que consiste no sólo en aliviar los dolores del enfermo sino en respetar sus derechos de ahí que se considere que la eutanasia debe



ser permitida en su condición de activa y voluntaria, porque de no serlo se violan los derechos del hombre.

No obstante, para que la eutanasia activa voluntaria se legalice (como se propone en el capítulo 5), es indispensable que se superen las debilidades existentes y se fortalezcan las acciones y condiciones necesarias para su adecuado funcionamiento tomando las siguientes medidas precautorias.

1. Se fortalezca la apreciación que se tiene de la eutanasia activa voluntaria, a pesar de la presencia de juicios valorativos y morales brindando información permanente en lo que el Estado deberá ser responsable y mediador en la construcción de una nueva concepción de la muerte mediante una perspectiva laica.
2. Mejorar las condiciones de salud e información, ya que en un país como México aún no han sido satisfechas las necesidades de las comunidades alejadas de las capitales en donde los servicios y recursos médicos aún no pueden siquiera cubrir las necesidades de todos sus habitantes. Es decir, que en primera instancia el Estado tiene que asegurar que se satisfaga el derecho a la salud e incluir en dicho proceso las condiciones pertinentes para que la eutanasia activa voluntaria sea una realidad accesible a quien la solicite.
3. Puede observarse que el problema de la eutanasia ha sido tratado dentro del ámbito de la política, la ciencia, la religión, etcétera; sin embargo, no hay ninguna asociación u organización en México que trate el tema y mucho menos se encuentran presentes las personas directamente afectadas. Es decir, en relación con el tema de la eutanasia la participación social resulta prácticamente nula y las iniciativas de cambio se originan en el sector político. Por lo que debe incentivarse a la población a ser partícipe de este fenómeno, lo que permitirá conocer más claramente su postura y establecer las

condiciones, los elementos y los retos para entablar un diálogo que esclarezca si la eutanasia es una necesidad de los ciudadanos y al mismo tiempo, se fortalezca mediante la creación de organizaciones y asociaciones que estudien a profundidad el tema y fomenten la autonomía de cada individuo.

4. Cada estado de la República deberá hacer una revisión y reconocer si se encuentra en condiciones de desarrollar el escenario adecuado para aplicar la eutanasia o si deberá dedicarse a satisfacer otras necesidades que mejoren el sistema de salud, para que con el tiempo se pueda aplicar la eutanasia activa voluntaria en cada estado considerando que es viable y que la mayoría de sus habitantes se encuentran de acuerdo con ello.
5. El analfabetismo, la pluralidad étnica y la desinformación son otras de las dificultades que deben considerarse en el país, ya que aún hoy en día existen condiciones sociales que no permiten abrir canales de comunicación y por ende mucho menos tratar temas tan delicados como la eutanasia. Por ello, el estado debe superar las barreras del aislamiento y la ignorancia dando información clara y precisa a la población en general.
6. Las instituciones de servicios públicos de salud han demostrado su incapacidad para desarrollar un control adecuado en la atención e información de los pacientes, así como limitaciones para llevar controles y registros de los casos que lo requieren, lo que genera que casos de negligencia médica no sean detectados y contrarrestados. Hoy en día, se continúa protegiendo a los médicos que realizan procedimientos inadecuados -producto de su falta de preparación, saturación laboral y/o falta de personal- lo que significa que se deben encontrar controles estrictos que ayuden a detectar de forma precisa

las anomalías que se presenten y se evite la negligencia y la corrupción médica.

7. La aplicación de la eutanasia es hoy una alternativa para aquellos casos donde el cuidado paliativo ya no aligera el padecimiento del enfermo y no mitiga los malestares físicos ni los emocionales; sin embargo, no por ello debe dejar de fortalecerse la medicina paliativa, ya que en la medida en que ésta mejore también mejorará la condición de los pacientes. La medicina paliativa debe seguir siendo considerada una primera opción en el tratamiento y cuidado del enfermo terminal.
8. Hoy en día hay muchos elementos que deben definirse para evitar riesgos ante la legalización de la eutanasia; algunos de los elementos que deben de cuidarse son:
  - La reforma de la legislación federal para permitir la eutanasia.
  - La elaboración de una definición precisa sobre el estado vegetativo persistente y el coma irreversible, para que se establezcan e implementen las acciones que sean necesarias, y un código que, establezca la práctica que deba llevarse a cabo en estos casos. Mientras tanto, se propone que la eutanasia activa voluntaria pueda resolver algunos problemas si los pacientes o incluso personas sanas llenan un formulario de Testamento de vida, donde establezcan de forma preventiva la voluntad de que se les aplique eutanasia activa si llega a quedar en determinada condición que le impida expresar la solicitud de ese derecho.
9. Por todo ello, se considera que la eutanasia específicamente activa y voluntaria, sólo debe ser aplicada en ciudades donde las condiciones médicas han sido satisfechas en su mayoría y cuentan con la infraestructura, el presupuesto y la voluntad política para llevarse a cabo. Lo primero por hacer es generar y destinar recursos para que los

servicios médicos cubran las necesidades básicas en el país. Así, antes de pensar en la posible implementación de la eutanasia se debe hacer una revisión presupuestal que asegure que es viable efectuarla bajo condiciones apropiadas, a través de la creación de la clínica especializada y con las adecuaciones correspondientes fundamentadas en el reglamento de salud.

10. Debe quedar claro que la eutanasia no sólo es una modificación a los manuales de procedimientos y códigos penales, es un cambio profundo que requiere acciones que se adecuen a las necesidades, las instalaciones y los servicios que se implementen.

Cuando hablamos de eutanasia ponemos en juego temas jurídicos, éticos y sociales trascendentales; el alcance de nuestro derecho a disponer de nuestro cuerpo; la distinción entre matar y dejar morir, las consecuencias potenciales de los cambios jurídicos y médicos, así como nuestra manera de interpretar la vida y la muerte. Lo social se encuentra en constante movimiento; la ideología, la tradición y la cultura se transforman al paso del tiempo y los preceptos tienden a volverse viejos e incluso dejan de ser funcionales en una sociedad establecida. El cambio ideológico se vuelve una realidad y con ello nuevamente se genera una transformación social. Así, la vida humana se funda bajo concepciones filosóficas y religiosas que se condensan y se vuelven comunes a la mayoría, lo que en algunos casos se cimenta en los derechos, conservándose y fundando nuevas perspectivas, o se transforma y encamina hacia otros preceptos que facilitan el avance y desarrollo de la civilización. Continuar su análisis serio y profundo, permitirá no sólo solucionar y presentar nuevos conocimientos, sino generar nuevos contextos.

No debemos olvidar que la muerte es parte del proceso natural de la vida de cada individuo y del que tarde o temprano seremos partícipes; por lo tanto, la eutanasia es un tema en el que debe intervenir todo ser humano dado que todos somos objeto de la enfermedad y del proceso natural de la irremediable muerte.

Si nos apoyamos en los argumentos del derecho que se encuentran en el Código Penal Federal anteriormente citado, respecto al derecho de decidir sobre el propio cuerpo como un bien propio de sí mismo, así como en los argumentos del derecho a la dignidad adquirida por el simple hecho de nacer, en el discurso laico y en los criterios establecidos por los derechos humanos, podemos concluir que la decisión de la eutanasia sólo compete al paciente, libre de toda presión y toda pretensión. De esta manera podría establecerse la existencia de un estado de derecho y justicia para la muerte digna.

“Es imprescindible decir que todo ha evolucionado, no existen hechos eternos ni verdades absolutas”.<sup>96</sup> La vida en su relación con la muerte se encuentra hoy en día en esta ineludible transición.

---

<sup>96</sup> Friederich Nietzsche, *Humano demasiado humano*, Buenos Aires, Andromeda, 2004, p. 19.

## Bibliografía

Behar, Daniel, *Cuando la vida ya no es vida ¿eutanasia?*, México, Pax, 2007, 154 pp.

Braudel, Fernand, *Las civilizaciones actuales*, México, Iberoamericana, 1991, 497 pp.

Cerejido, Marcelino y Fanny Blanck, *La muerte y sus ventajas*, México, FCE., 2009, 157 pp.

Ciccone, Lino, *Eutanasia ¿problema católico o problema de todos?*, Buenos Aires, Ciudad Nueva, 1994, 95 pp.

*Código Penal Federal*, México, Juridiediciones, 2009, 189 pp.

Cremer, Phyllis y Lea Mary R., *Escribir en la Universidad*, Barcelona, Gedisa, 2003, 189 pp.

Del campo, Salustiano, *Estado actual de la población mundial*, México, Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, 1996, 61 pp.

Durkheim, Emile, *El suicidio*, Madrid, Akal, 1989, 456 pp.

Eco, Humberto, *Como se hace una tesis*, México, Gedisa, 1982, 267 pp.

Enguita, Mariano F., *La perspectiva sociológica, una aproximación a los fundamentos del análisis social*, Tecnos, Madrid, 1998, 169 pp.

Ferrater Mora, José, *El ser y la muerte*, Madrid, Alianza, 1998, 191 pp.

Foster, George M. *Las culturas tradicionales y los cambios técnicos*, FCE., 1966, 261 pp.

Hume, David, *Del suicidio, de la inmortalidad del alma*, México, Océano de México, 2002, 201 pp.

Jankélevitch, Vladimir, “A propósito de la eutanasia, entrevista a Pascal DuPont” en: *Pensar la muerte*, México, FCE., 2004, 131 pp.

Keown, John, (comp.) *La eutanasia examinada: Perspectivas éticas, clínicas y legales*, México, FCE., 2004, 447 pp.

Kraus, Arnoldo y Asunción Álvarez, *La eutanasia*, México, Tercer Milenio, 1998, 63 pp.

Larroyo, Francisco, *Introducción a la filosofía de la cultura*, México, Porrúa, 648 pp.

Lasanta, Pedro J., *La eutanasia, ¿es buena muerte?*, Logroño, Horizonte, 2006, 207 pp.

Marin Correa, Emanuel, *Los tiempos Antiguos*, Barcelona, Marin, 1980, 552 pp.

Marin Correa, Emanuel. *Los tiempos Antiguos*. Marin, Barcelona, 1980, 551 pp.

Moró, Tomás *La Utopía*, Madrid, Don Mateo Repulles, 1997, 166 pp.

Muñoz Razo, Carlos, *Cómo elaborar y asesorar una investigación de tesis*, México, Prentice Hall Hispanoamérica, 1998, 300 pp.

Nietzsche, Friedrich, *Humano, demasiado humano*, Buenos Aires, Andrómeda, 2004, 318 pp.

Pérez Reguera, Alfonso y Alejandra Pérez Reguera García, *México, nación de mitos, valores y símbolos: desde las culturas formadoras hasta la conquista*, México, Instituto Mexicano de Contadores Públicos, 2002, 319 pp.

Philippe, Ariés, y George Duby, *Historia de la vida privada: del Imperio romano al año mil*, I, Madrid, Alfaguara, 1987, 650 pp.

Rivara, Kamaji, Greta, *El ser para la muerte: una ontología de la finitud*, México, Itaca, 2003, 131 pp.

Rodríguez Estrada, Mauro, *La controversia de las eutanasias, el fondo oculto del debate*, México, Botas & Alonso, 2004, 194 pp.

Rodríguez Estrada, Mauro, *La controversia de las eutanasias*, México, Botas&Alonso, 2004, 151 pp.

Rojas Soriano, Raúl, *Guía para realizar investigaciones sociales*, México, UNAM., 1982, 274 pp.

Tena, Suck, Antonio y Rodolfo Rivas-Torres, *Manual de Investigación Documenta*, Plaza y Valdés, 1995, 101 pp.

Vygotsky, Lev S., *Pensamiento y lenguaje.*, México, Quinto sol, 2008, 191 pp.

## Bibliografía en línea

Alvarado Socastro, Salustio y Santos Marinas, Enrique, “Vino versus vinagre, en pasajes de la Pasión de Cristo dentro de la traducción de los evangelios en antiguo eslavo” [en línea] *Revista de Ciencias* No. 11, 2006, pp. 63-69, <http://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=1075940> [última consulta 6 de junio de 2010].

Asamblea legislativa, “Aprobar legalmente la eutanasia” [en línea] portal *Argonmexico*, sección ALDF, 09 de marzo de 2010, [http://www.argonmexico.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1117:aprobar-legalmente-la-eutanasia&catid=84:aldf&Itemid=303](http://www.argonmexico.com/index.php?option=com_content&view=article&id=1117:aprobar-legalmente-la-eutanasia&catid=84:aldf&Itemid=303) [Última consulta 8 de octubre de 2010].

Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente, [en línea] portal España, <http://www.eutanasia.ws/finalidad.html> [última consulta 11 de octubre de 2010].

Balboa, Berenice, “Suscriben 391 personas documento de voluntad anticipada” [en línea] portal *El Universal*, sección Distrito Federal, 13 de mayo de 2010, <http://www.eluniversal.com.mx/notas/680151.html> [última consulta 18 de agosto de 2010].

Balboa, Juan, “Refrenda el CEM su condena a la eutanasia” [en línea] portal *La Jornada*, sección Sociedad y Justicia, 10 de febrero de 2007, <http://www.jornada.unam.mx/2007/02/10/index.php?section=sociedad&articulo=039n4soc> [última consulta 9 de julio de 2010].

Ballinas, Víctor, “Anuncia PRD iniciativa para regular eutanasia” [en línea] portal *La Jornada*, sección Sociedad y Justicia, 3 de abril de 2007, <http://www.jornada.unam.mx/2007/04/03/index.php?section=sociedad&articulo=037n2soc> [última consulta 15 de julio de 2010].

Bañuelos, Claudio, “Pide mujer eutanasia para su hija hidrocefálica” [en línea] portal *La Jornada*, sección Estados, 26 de junio de 2008, <http://www.jornada.unam.mx/2008/06/26/index.php?section=estados&articulo=035n1est> [última consulta 11 de julio de 2010].



Barranco V. Bernardo, “Debate sobre la eutanasia, una nueva oportunidad” [en línea] portal *La Jornada*, sección Opinión, 27 de junio de 2007, <http://www.jornada.unam.mx/2007/06/27/index.php?section=opinion&article=021a2pol> [última consulta 13 de septiembre de 2010].

Cabrera Olivia, “Leyes federales frenan la eutanasia en el Distrito Federal” [en línea] portal *Criterio*, sección portada, 31 de diciembre de 2009, <http://www.criteriohidalgo.com/notas.asp?id=1572> [última consulta 23 de agosto de 2010].

Cruz Martínez, Ángeles, “Arriesgado, aprobar la eutanasia en un país de pobres, como México” [en línea] portal *La Jornada*, sección Sociedad y Justicia, 8 de febrero de 2007, <http://www.jornada.unam.mx/2007/02/08/index.php?section=sociedad&article=043n1soc> [última consulta 24 de septiembre de 2010].

“Declaración de los derechos del hombre y del ciudadano, 1789”, *Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos* [en línea] portal Instituto de Investigaciones Jurídicas, Universidad Nacional Autónoma de México, <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derhum/cont/30/pr/pr23.pdf> [última consulta 15 de octubre de 2010].

“Eutanasia: hacia una muerte digna” [en línea] portal Foro Consultivo Científico y Tecnológico, 2008, p. 113, [http://www.foroconsultivo.org.mx/libros\\_editados/eutanasia.pdf](http://www.foroconsultivo.org.mx/libros_editados/eutanasia.pdf) [última consulta 5 de diciembre de 2010].

Fierro Noudörfer, Claudio, “Estudios Médico Humanísticos” [en línea] *Revista Ars Médica, de la Universidad Católica de Chile*, Vol. 11, No. 11, <http://escuela.med.puc.cl/publ/arsmedica/arsmedica11/Ars2.html> [última consulta 9 de septiembre de 2012].

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. “Cuadro: Estimación de la población total a mitad de año por entidad federativa según sexo y grandes grupos de edad 2005, 2008 y 2009” *Anuario de estadística por Entidad Federativa* [en línea] portal INEGI, 2009, [http://www.inegi.org.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/pais/aepef/2009/aepef09.pdf](http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/pais/aepef/2009/aepef09.pdf) [última consulta 13 de diciembre de 2010].

Juan Pablo II, “El Papa: El niño de Belén, la esperanza en tiempos de «cultura de la muerte»” [en línea] portal *Zenit*, 25 de diciembre de 2000, <http://www.zenit.org/article-1485?l=spanish> [última consulta 11 de noviembre de 2010].

“Juramento Hipocrático (500 A.C.)”, Actualización de la fórmula hipocrática de Ginebra, 1948, revisada en Sydney 1968 [en línea] portal Asociación Médica Mundial, <http://www.bioeticanet.info/documentos/JURHIP.pdf> [última consulta 7 de agosto de 2010].

Jiménez, Arturo, “La eutanasia, Acto complejo que precisa de una gran responsabilidad: Kraus” [en línea] portal *La Jornada*, sección Cultura, 23 de junio de 2007, <http://www.jornada.unam.mx/2007/06/23/index.php?section=cultura&article=a06n1cul> [última consulta 12 de agosto de 2010].

Kraus, Arnoldo, “La vuelta de la tuerca III” [en línea] portal *La Jornada*, sección Política, 28 de febrero de 2007, <http://www.jornada.unam.mx/2007/02/28/index.php?section=politica&article=021a2pol> [última consulta 6 de mayo de 2010].

León, Gabriel y Raúl Ilanos, “Rechaza Rivera la iniciativa de la izquierda sobre eutanasia pasiva” [en línea] portal *La Jornada*, sección Capital, 25 de junio de 2007, <http://www.jornada.unam.mx/2007/06/25/index.php?section=capital&article=037n1cap> [última consulta 30 de mayo de 2010].

Ilanos Samaniego, Raúl, “Legisladores dan a conocer una iniciativa sobre eutanasia pasiva” [en línea] portal *La Jornada*, sección Capital, 18 de junio de 2007, <http://www.jornada.unam.mx/2007/06/18/index.php?section=capital&article=040n1cap> [última consulta 11 de julio de 2010].

“Member organizations”, [en línea] portal The World Federation of Right to Die Societies, <http://www.worldrtd.net/member-organizations> [última consulta 2 de diciembre de 2010].

“No pasa iniciativa para aprobar la eutanasia” *Síntesis ejecutiva* [en línea] portal Comunicación Social, 3 de febrero de 2010, [http://www.comsoc.df.gob.mx/sintesis/arch\\_sintesis/docs/03022010m.doc](http://www.comsoc.df.gob.mx/sintesis/arch_sintesis/docs/03022010m.doc) [última consulta 9 de junio de 2010].

Norandi, Mariana, “Comunidad médica, otro escollo en la aprobación de la eutanasia” [en línea] portal *La Jornada*, sección Sociedad y Justicia, 12 de agosto de 2007,

<http://www.jornada.unam.mx/2007/08/12/index.php?section=sociedad&article=032n1soc> [última consulta 5 de junio de 2010].

Órgano del gobierno del Distrito Federal. “Decreto por el que se expide el reglamento de la ley de la voluntad anticipada para el Distrito Federal” [en línea] *Gaceta Oficial del Distrito Federal*, 4 de abril de 2008, [http://www.paot.org.mx/centro/leyes/df/pdf/GODF/GODF\\_04\\_04\\_2008.pdf](http://www.paot.org.mx/centro/leyes/df/pdf/GODF/GODF_04_04_2008.pdf) [última consulta 9 de mayo de 2010].

“Perspectiva Estadística de México” [en línea] portal Instituto Nacional de Estadística y Geografía, sección población, 2011, <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/sistemas/perspectivas/perspectiva-mex.pdf> [última consulta 10 de noviembre de 2010].

Poy Solano, Laura, “Expertos: no hay trabas jurídicas para aprobar la eutanasia” [en línea] portal *La Jornada*, sección Capital, 20 de junio de 2007, <http://www.jornada.unam.mx/2007/06/20/index.php?section=capital&article=044n2cap> [última consulta 15 de junio de 2010].

Real Academia Española, [en línea] sección *Diccionario de la lengua española* 22.a ed., 2001, <http://www.rae.es/RAE/Noticias.nsf/Home?ReadForm> [última consulta 31 de mayo de 2010].

Rionda, E., M., G Rivera, C.P. Canseco, et. all., “Dosis efectiva de hidromorfona en pacientes con dolor crónico oncológico: experiencia de 4 años en el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre ISSSTE”, *Revista Scielo de la Sociedad Española del Dolor*, Vol.16, No.5, 2009 [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462009000500003&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462009000500003&script=sci_arttext) [última fecha de consulta 8 de septiembre de 2012].

Rodríguez, Yadira, “Ebrad a favor de la eutanasia en el DF” [en línea] portal *W radio*, 18 de noviembre de 2009, <http://www.wradio.com.mx/nota.aspx?id=911722> [última consulta 15 de septiembre de 2010].

“Sistema Nacional de Información en Salud, “Indicadores de Mortalidad” *Indicadores básicos de salud 2000-2008* [en línea] portal SINAIS, sección Morbilidad, 25 de noviembre de 2010,  
<http://www.sinais.salud.gob.mx/indicadores/basicos.html> [última consulta 13 de diciembre de 2010].

Sureda Gonzalez, Manuel, *Aproximación al enfermo terminal y a la muerte* [en línea] portal Asociación Catalana d'Estudis Bioètics, España, octubre 2003, <http://www.aceb.org/term.htm> [última consulta 11 de noviembre de 2010].

Valadez, Blanca, “Especialistas a favor de la eutanasia” [en línea] portal *Milenio*, sección Tendencias, 8 de marzo de 2010,  
<http://www.milenio.com/cdb/doc/noticias2011/562a77fdb11ec7137554a9298b5fe625> [última consulta 15 de agosto de 2010].

“Voluntad anticipada” [en línea] portal Colegio de Notarios del Distrito Federal, 22 de abril de 2010,  
<http://www.colegiodenotarios.org.mx/documentos/voluntad.pdf>  
[última consulta 21 de junio de 2010].