



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

**FACULTAD DE DERECHO**

**LA EUTANASIA COMO UN MÉTODO DE TRATAMIENTO  
Y/O SOLUCIÓN EN LA LEY DE VOLUNTAD  
ANTICIPADA PARA EL D.F. Y COMO PROPUESTA  
PARA LOS ESTADOS EN LA REPÚBLICA MEXICANA,  
SITUACIONES NECESARIAS, VOLUNTARIAS Y  
DECISIONES POR TERCEROS AFECTADOS**

**T E S I S**

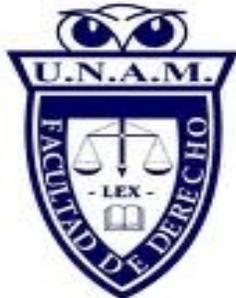
**PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE  
LICENCIADO EN DERECHO**

**PRESENTA:**

**ARMANDO GONZÁLEZ MUÑOZ**

**ASESORA:**

**MTRA. MARÍA DEL CARMEN MONTOYA PÉREZ**



**CIUDAD UNIVERISTARIA, 2015**



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE  
MÉXICO

FACULTAD DE DERECHO  
SEMINARIO DE DERECHO CIVIL

OFICIO INTERNO: SEMCIV41/2015  
ASUNTO: Aprobación de Tesis.

**DR. ISIDRO ÁVILA MARTÍNEZ,  
DIRECTOR GENERAL DE LA  
ADMINISTRACIÓN ESCOLAR, U.N.A.M.,  
P R E S E N T E.**

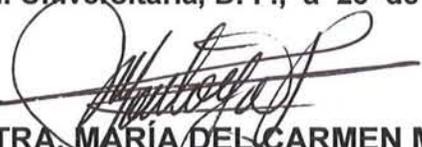
El alumno, **GONZÁLEZ MUÑOZ ARMANDO**, quien tiene el número de cuenta **410124732**, elaboró bajo la asesoría y responsabilidad de la suscrita, **MTRA. MARÍA DEL CARMEN MONTOYA PÉREZ**, la tesis denominada **“LA EUTANASIA COMO UN MÉTODO DE TRATAMIENTO Y/O SOLUCIÓN EN LA LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL D.F. Y COMO PROPUESTA PARA LOS ESTADOS EN LA REPÚBLICA MEXICANA, SITUACIONES NECESARIAS, VOLUNTARIAS Y DECISIONES POR TERCEROS AFECTADOS”**, y que consta de **304** fojas útiles.

La tesis de referencia, en mi opinión, satisface los requisitos reglamentarios respectivos, por lo que con apoyo en la fracción VIII del artículo 10 del Reglamento para el funcionamiento de los Seminarios de esta Facultad de Derecho, se otorga la aprobación correspondiente y se autoriza su presentación al jurado recepcional en los términos del Reglamento de Exámenes Profesionales de esta Universidad.

El interesado deberá iniciar el trámite para su titulación dentro de los seis meses siguientes (contados de día a día) a aquél en que le sea entregado el presente oficio, en el entendido de que transcurrido dicho lapso sin haberlo hecho, caducará la autorización que ahora se le concede para someter su tesis a examen profesional. Dicha autorización no podrá otorgarse nuevamente, sino en el caso de que el trabajo recepcional conserve su actualidad y siempre que la oportuna iniciación del trámite para la celebración del examen, haya sido impedida por circunstancia grave, todo lo cual calificará la Secretaría General de esta Facultad.

Reciba un cordial saludo.

**“POR MI RAZA HABLARA EL ESPIRITU”**  
**Cd. Universitaria, D. F., a 25 de marzo del 2015.**

  
**MTRA. MARÍA DEL CARMEN MONTOYA PÉREZ.**  
Directora del Seminario, turno vespertino.



## AGRADECIMIENTOS:

A Dios:

Al concederme el don de la vida y la salud, por su protección y hacerme partícipe de su perfecto plan divino.

A la Universidad Nacional Autónoma de México:

Por otorgarme esta oportunidad inigualable para subir un peldaño más en la vida y lograr el desarrollo personal e intelectual indispensables en todo ser humano.

A mis maestros de la Facultad de Derecho:

Quienes con entrega a su profesión pacientemente me transmitieron sus conocimientos y experiencia, así como por haber despertado en mí el interés del análisis jurídico.

A mi asesora la Mtra. María del Carmen Montoya Pérez:

Por su guía, paciencia y dedicación al presente trabajo de investigación, quien aportó sus valiosas opiniones para lograr el objetivo de una investigación lo necesariamente amplia y fácil de asimilar.

A mi madre Idalia:

Nunca fueron en vano tus esfuerzos, desvelos y tu entrega amorosa, ya que me guiaste con tus sabias palabras y sobre todo con el ejemplo de vida.

A Silvia:

Al ser amorosa y paciente ante la adversidad. Simplemente gracias por el apoyo brindado incondicionalmente.

A los Licenciados Jorge Jiménez Rentería y Gabriel Alejandro López Ricalde:

Por brindarme su amistad y confianza así como la oportunidad de desarrollarme en el área jurídica.

Al tío José Luis Muñoz Vargas “tío Alberto”:

Por tus consejos, tu ejemplo de vida y cariño. Quedan y permanecerán esos gratos recuerdos de infancia en Chapultepec, una lancha, Museo de Antropología y una pelota que trajiste a casa en una bolsa de papel.

Al tío José Masri Haber:

A tu bendita memoria, donde sea que te encuentres con las estrellas, gracias viejo lobo por tus consejos y enseñanzas.

A todos mis ancestros que representan una cadena de la cual soy producto de todos y cada uno de ellos como un pequeño eslabón.

A aquellos seres queridos que partieron de este mundo.

Para aquellos otros seres que siguen vivos, a quienes aprecié y consideré importantes pero decidieron voluntariamente apartarse de mi vida y que se quedaron detenidos en el camino de mis proyectos personales y sentimentales.

A todos con respeto y cariño  
C.P. Armando González Muñoz.

LA EUTANASIA COMO UN MÉTODO DE TRATAMIENTO Y/O SOLUCIÓN EN LA LEY  
DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL D.F. Y COMO PROPUESTA PARA LOS  
ESTADOS EN LA REPÚBLICA MEXICANA, SITUACIONES NECESARIAS,  
VOLUNTARIAS Y DECISIONES POR TERCEROS AFECTADOS

ÍNDICE

Pág.

INTRODUCCIÓN. . . . .	I
-----------------------	---

CAPÍTULO PRIMERO

DEFINICIÓN Y ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA EUTANASIA

1.1 Problemática y definición . . . . .	1
1.2 Pueblos primitivos . . . . .	12
1.3 Grecia antigua e Imperio Romano. . . . .	14
1.4 Edad Media. . . . .	19
1.5 Renacimiento y Modernidad . . . . .	23
1.6 México prehispánico e independiente. . . . .	27
1.7 Primera y segunda guerras mundiales. . . . .	29
1.8 Reino Unido de la Gran Bretaña. . . . .	35
1.9 Estados Unidos de Norteamérica. . . . .	38

CAPÍTULO SEGUNDO

ASPECTOS JURÍDICOS ACTUALES DE LA EUTANASIA EN DIVERSOS PAÍSES Y  
OPINIONES EN LA RELIGIÓN

2.1 Finalidad de la eutanasia y separación de la vida y la muerte. . . . .	40
2.2 Principales interpretaciones teológicas. . . . .	47
2.2.1 Opinión en la religión judía. . . . .	48
2.2.2 Postura de la Iglesia Católica. . . . .	52

2.2.3	Opinión de Iglesia Ortodoxa de Antioquía en México. . . . .	56
2.2.4	Un punto de vista protestante. . . . .	59
2.3	Derechos humanos y eutanasia. . . . .	62
2.4	Clasificaciones de eutanasia y tipificación jurídica. . . . .	73
2.5	Situación jurídica a nivel internacional y conceptos relacionados. . . . .	81
2.5.1	Alemania. . . . .	81
2.5.2	Argentina y Bolivia. . . . .	86
2.5.3	Australia. . . . .	87
2.5.4	Bélgica. . . . .	92
2.5.5	Canadá. . . . .	95
2.5.6	Colombia y Perú. . . . .	98
2.5.7	Estados Unidos de Norteamérica. . . . .	99
2.5.8	Francia. . . . .	105
2.5.9	Italia. . . . .	109
2.5.10	Japón. . . . .	112
2.5.11	Países Bajos. . . . .	116
2.5.12	Reino Unido de la Gran Bretaña. . . . .	122
2.5.13	Suiza. . . . .	124
2.5.14	Uruguay. . . . .	130
2.6	Sentencia de la Corte Suprema de Canadá en el caso <i>Carter vs. el Estado de Canadá</i> de fecha 6 de febrero de 2015. . . . .	132
2.7	Aprobación por la Asamblea Nacional de Francia de la Ley de Sedación Profunda para Pacientes en Estado Terminal el 23 de marzo de 2015. . . . .	138

CAPÍTULO TERCERO  
BINOMIO LEY - EUTANASIA

3.1	Bases jurídicas de la voluntad anticipada . . . . .	142
3.2	Opiniones internacionales a favor y en contra de la eutanasia. . . . .	146

3.3 Precedentes internacionales a favor de la eutanasia. . . . .	150
3.3.1 Diferencias entre eutanasia y suicidio. . . . .	159
3.4 La voluntad del titular en la disposición de la vida. . . . .	164
3.5 Propuestas para su legalización en México. . . . .	169
3.6 La ley como un instrumento regulador. . . . .	177
3.7 Estadísticas de opinión en México. . . . .	182

CAPÍTULO CUARTO  
ASPECTOS LEGALES EN MÉXICO

4.1 Supuestos antijurídicos en la conducta eutanásica. . . . .	190
4.2 Antecedentes de la eutanasia en el derecho penal mexicano. . . . .	194
4.3 La voluntad anticipada en la legislación de los Estados de la República Mexicana. . . . .	199
4.4 Criterios legales en otros Estados de la República Mexicana. . . . .	203
4.5 Elementos legales a favor de la eutanasia. . . . .	205
4.6 Análisis a la legislación mexicana. . . . .	209
4.6.1 Ley General de Salud. . . . .	210
4.6.2 Código Penal Federal. . . . .	233
4.6.3 Código Penal para el Distrito Federal. . . . .	236
4.6.4 Iniciativa de ley de la eutanasia como un derecho en el Distrito Federal. . . . .	239
4.6.5 Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal. . . . .	241
4.7 Alcances de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal. . . . .	269
4.8 Norma Oficial Mexicana <b>NOM-168-SSA1-1998</b> para el Registro en Expediente y Cumplimiento de Acciones Médicas de fecha 14 de septiembre de 1999. . . . .	271
4.9 Norma Oficial Mexicana <b>NOM-011-SSA3-2014</b> sobre los Criterios para la Atención de Enfermos en Situación Terminal a Través de Cuidados Paliativos de fecha 23 de octubre de 2014. . . . .	273
4.10 Tesis de la Suprema Corte de Justicia de la Nación sobre la eutanasia. . . . .	275

## CAPÍTULO QUINTO

### DERECHO COMPARADO DE LA VOLUNTAD ANTICIPADA, MÉXICO Y ESPAÑA

5.1 Conceptos y formalidades en el otorgamiento. . . . .	282
5.2 Contenido del documento y capacidad del otorgante. . . . .	285
5.3 Ejecución y revocación del acto. . . . .	286
5.4 Expediente y registro clínico. . . . .	287
5.5 Capacidad del otorgante. . . . .	287
PROPUESTA. . . . .	290
CONCLUSIONES. . . . .	293
BIBLIOGRAFÍA. . . . .	299

## INTRODUCCIÓN

Desde tiempos lejanos los médicos han participado activamente sobre las decisiones relacionadas con la continuidad de la vida, pero es cuestionable hasta dónde y hasta cuándo es permisible esa participación médica con el fin de prolongar la vida de un ser humano en forma innecesaria, ya que esto es producto de la obstinación terapéutica.

Muy por el contrario a la situación de seguir manteniendo innecesariamente con vida a un enfermo terminal, hoy en día es más cuestionable ésta participación médica y de igual manera se le está dando mayor importancia a los derechos de los pacientes así como a la intervención de los familiares relacionados con un paciente terminal con opiniones y decisiones, ya que la eutanasia se lleva a cabo considerando al paciente terminal en algunas ocasiones o con la participación y el consentimiento de los familiares del paciente en otros casos.

Es por estos motivos, que actualmente cobra mayor relevancia un documento escrito en el que se plasme la voluntad anticipada de un paciente terminal, el cual en un futuro no muy lejano será el antecedente o la base para la creación de una ley regulatoria de eutanasia.

El entender que se legisle sobre la eutanasia no es sinónimo de que esto represente una obligatoriedad para la población, ya que no se pretende imponer un criterio único y absoluto, es por ello que se deben establecer los mecanismos y procedimientos seguros que regulen tal práctica a los pacientes terminales interesados que cumplan ciertos requisitos específicos, así como establecer la legalidad y transparencia de los procedimientos.

Cada enfermo terminal, tiene el derecho a decidir informadamente, sobre los asuntos que le pertenecen a una esfera tan privada como lo es su propio cuerpo, esto fundado en el hecho que la sociedad moderna basa la mayoría de sus ordenamientos jurídicos en la protección a los derechos humanos.

En el presente trabajo se muestran al lector aspectos tan relevantes en la decisión de la vida de un enfermo terminal, desde los orígenes de esta problemática de las sociedades primitivas hasta nuestros días, conocer cuál es la situación jurídica actual en diversos países así como la regulación de la eutanasia en los países en los que se encuentra legislada. Cabe hacer mención, que no está de más conocer cuál es el preámbulo de este fenómeno en nuestro país y que se encuentra legislado como voluntad anticipada.

Es en este sentido que se debe legislar de una manera tal que el paciente terminal pueda hacer una elección adecuada sobre su propia vida, y en virtud de esto, decidir, cómo quiere seguir viviendo, o en su caso, no seguir viviendo.

## CAPÍTULO PRIMERO

### DEFINICIÓN Y ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA EUTANASIA

#### 1.1 PROBLEMÁTICA Y DEFINICIÓN

En los tiempos en que vivimos hablar sobre la muerte resulta imprescindible hacer un alto en nuestras actividades cotidianas para conocer el desarrollo de la sociedad y la actuación de la misma, con la finalidad de comprender la forma de pensar de esta sociedad con respecto a cómo se asimila este tema.

Es por esto, que es recomendable, en primer lugar, incorporar el tema de la muerte a nuestra experiencia de vida, por mucho que se rehúya a éste, pero que a final de cuentas es un acontecimiento futuro e inevitable en todo ser vivo, nos guste o no.

Por ello es indispensable que la eutanasias asimile desde distintos puntos de vista, para analizar nuestras particulares experiencias de vida ante la muerte y para saber en referencia a ésta, cuál es la posición personal que cada quien tiene en la sociedad y de qué manera la visualizamos o cómo la entendemos.

En segundo lugar, considero pertinente conocer hasta cierto punto los aspectos éticos, sociales y jurídicos; los cuales, indiscutiblemente forman parte de nuestra vida y determinan el comportamiento.

En el presente trabajo pretendo abordar aspectos éticos, religiosos en sus principales variantes, y legales para llevar al lector a conocer una interesante propuesta; por ello, considero importante tener conocimiento de estos aspectos tan diversos que integran nuestra visión del mundo.

La mayoría de los gobiernos han negado su legalización, lo cual da lugar a que la práctica de la eutanasia se realiza en forma clandestina o irregular, presentándose esto en todos los niveles de una manera cotidiana.

Los gobernantes se niegan a tratar el tema de una manera objetiva y directa sin analizar el problema que representa poner obstáculos para su legalización, ya que únicamente se limitan a expresar que no pueden estar de acuerdo con la privación de la vida de un ser humano, originando a la larga otros factores que causan mayores prejuicios que la resolución del problema mismo.

Uno de los fundamentos para no legalizar la eutanasia es la desintegración familiar, ya que la familia se enfrenta a diversos conflictos personales cuando se

ven obligados a sostener elevados costos que representan sostener con vida artificial al enfermo terminal, así como por los diversos cuidados para el mismo.

Otra de las consecuencias, aunque en forma indirecta, es el estado emocional y psicológico de los familiares por la situación económica que se ve mermada por los costos de los tratamientos médicos, mismos que pueden llevarse años, lo cual ha originado en varios casos la quiebra económica de la familia o un endeudamiento exponencial.

Al analizar la eutanasia desde los ámbitos económico, familiar y legal, se puede advertir que con su práctica se logran más beneficios que perjuicios, ya que al legalizarla se procura en gran medida el cuidado emocional, económico y la integridad familiar, esto de manera directa.

En una forma indirecta, se logra una apertura en la cultura de la donación de órganos para quienes sí tienen mayores posibilidades de sobrevivencia.

No se puede dejar a un lado que en la escala de valores del ser humano se encuentra, en primer lugar, la conservación de la vida; en segundo lugar la libertad; y por último se encuentra el patrimonio. A esta escala de valores todo ser humano se encuentra sujeto por naturaleza.

Es en esta escala de valores a la vida se le considera en un sentido digno y es en este sentido que la vida misma representa para muchos un bien superior a la libertad y al patrimonio.

Dicho en otras palabras, si la vida se coloca por encima de otros valores que se vean dañados, es entonces que para muchos se entiende que se puede vivir de una manera dolorosa e innecesaria, tanto para el enfermo terminal como para la familia de éste, de ahí que sea necesario limitar esa vida para lograr la liberación del sufrimiento y en este caso se considera la muerte justa o necesaria.

En la legalización de la eutanasia interviene primordialmente el Estado como autoridad, el cual se ramifica en tres poderes, y por otro lado participan los particulares como gobernados bajo la potestad de la autoridad.

En la teoría del Estado se encuentran muy bien definidas las ramificaciones de los tres poderes de gobierno.

Una de ellas es el Ejecutivo, mismo que por conducto de la autoridad administrativa es la procuradora de delitos, que es el Ministerio Público, quien al ser representante social, es también ofendido en los delitos que se persiguen de oficio. Es por ello que se encuentra facultado para otorgar su consentimiento y desistirse de la acción penal.

La segunda ramificación corresponde al Legislativo, quien se encarga de la creación de las leyes o de reformar las ya existentes, su participación se concretaría a autorizar y legislar la práctica de la eutanasia; y por último el poder Judicial es quien debe conocer la petición de autorización en casos de negativa del Ministerio Público.

También se debe comprender el aspecto sociológico, ya que la práctica de la eutanasia conlleva a un daño o beneficio para la sociedad, según como se le quiera interpretar.

Es por ello que el Estado debe proveer a la sociedad de los elementos necesarios para hacer armoniosa la convivencia de los particulares en la sociedad, esto se logra mediante la aplicación de prácticas adecuadas de gobierno, es así que el Estado no sólo se integra de los poderes mencionados, sino que se complementa con la sociedad.

En el tema de la sociedad, la familia es un ente organizado, y al verse perturbada por un imprevisto de salud con alguno de sus integrantes, ésta tiende a desequilibrarse y en ocasiones a desintegrarse no sólo económica sino también moralmente.

En el supuesto de que un miembro de la familia se encontrase en fase terminal, ello resulta en un duro golpe para la estabilidad económica, emocional y psicológica, provocando la desintegración. Este razonamiento sirve de fundamento para quienes opinan a favor de la legalización de la eutanasia.

Un aspecto en que el Estado se vería seriamente afectado al no legalizar la eutanasia, es en su organización, al aplicar los recursos necesarios en prolongar indebidamente la vida de un paciente terminal, mediante el suministro de medicamentos y tratamientos.

Cuando lo correcto sería que estos recursos bien podrían canalizarse a otro tipo de enfermos que presentan una recuperación viable y por otro lado, se obtiene un gran beneficio en la donación de órganos.

Tomando en cuenta las distintas corrientes ideológicas así como las raíces etimológicas del término eutanasia y la génesis de la práctica de ésta, se puede considerar que es un concepto que aparentemente resulta muy sencillo para su comprensión, sin embargo no es así.

Eutanasia equivale por sus raíces del griego *eu*=buena, adjetivo y *thánatos*=muerte, sustantivo, es una muerte buena, una muerte “dulce”, sin dolor,

es la teoría según la cual se podría acortar la vida de un enfermo incurable para que no sufra.<sup>1</sup>

El análisis de estos dos términos nos remite a comprender la génesis de esta práctica como el procedimiento que tenía por objetivo el poner fin a la vida por motivos de compasión. Una muerte “buena” por su significado no es por ello equivalente a una muerte correcta en términos éticos.

El concepto de *buena muerte* no puede dejar de ser un concepto totalmente oscuro y problemático. Atendiendo a la estructura de esta idea: ¿Cómo pueden unirse los conceptos de “bueno” y de “muerte”?; ¿se le puede llamar buena a la muerte en cualquier circunstancia?; ¿no se supone que ésta es un fenómeno malo?; ¿acaso no representa el mal?

Bajo la óptica de algunos supuestos biológicos se puede afirmar que la “muerte natural” es una muerte normal o buena, cuando por el contrario una violenta como es el resultado de un fatal accidente, de un asesinato o por una ejecución es una muerte por distanasia.

Con el paso de los años ha surgido la necesidad de ampliar el concepto y redefinir la eutanasia, ya que ésta ha sido analizada desde el punto de vista médico, religioso, filosófico y ha trascendido al ámbito jurídico.

---

<sup>1</sup> Larousse, *Diccionario Enciclopédico*, México D.F., 2000, p. 244.

La acción de privar de la vida a otra persona, constituye un delito de homicidio puro que acarrea una pena de ocho a veinte años de prisión, lo cual se contempla en el artículo 123 del Código Penal para el Distrito Federal que trata sobre los DELITOS CONTRA LA VIDA.<sup>2</sup>

Por otra parte, en el mismo Código Penal para el Distrito Federal, el artículo 127, primer párrafo, refiere a la pena impuesta de dos a cinco años de prisión sobre la acción de privar de la vida a una persona por petición expresa, libre y reiterada de ésta, siempre que medien razones humanitarias y la víctima padeciere una enfermedad incurable en fase terminal.

En este último caso, el artículo 127 del ordenamiento antes citado, sólo hace mención a la pena que corresponde en el caso de quitarle la vida a un enfermo terminal pero no hace referencia al acto de la eutanasia como tal y como se entiende.

Como sugiere en su etimología del griego “*eu-thanatos*” que es “*buena muerte*”, pero entendida en el sentido de muerte apacible, sin dolores ni tormentos, con esta acepción la eutanasia fue introducida en el vocabulario científico por Francis Bacon en el año 1623.

---

<sup>2</sup>Código Penal para el Distrito Federal, Consejería Jurídica y de Servicios Legales, 2014.

Así, con estas definiciones podemos entender a la eutanasia como: una muerte indolora, provocada a enfermos terminales mediante procedimientos médicos con la intención de liberar a éstos de una vida irreversiblemente dolorosa y a la sociedad de una supuesta carga inútil.<sup>3</sup>

En términos médicos, se entiende la eutanasia como: el acto por medio del cual una persona autorizada para ejercer legalmente la profesión médica, apresura la muerte del paciente el cual padece una enfermedad incurable o que presenta muerte cerebral, por medio de los agentes adecuados para evitar su sufrimiento mediando el consentimiento del mismo o de sus familiares.<sup>4</sup>

En términos generales, la eutanasia está compuesta por un conjunto de actos realizados por un tercero impulsado por motivos piadosos y que privan de la vida a una persona, la cual, por circunstancias especiales se encuentra desprovista de elementos que le sustentan la vida, como es encontrarse en estado vegetativo, o que padece una enfermedad dolorosa y terminal.

Por ser la compasión un atributo muy propio del individuo o del personal sanitario, se entiende que la condena deontológica de la eutanasia sea algo muy fuerte en el núcleo de la profesión médica.

---

<sup>3</sup> Cfr. Sotelo Salgado, Cipriano, *La legalización de la eutanasia*, México D.F., Cárdenas Velasco Editores S.A. de C.V., 2004, p. 8.

<sup>4</sup> *Ibidem*, p. 1.

En el ámbito jurídico las soluciones que se proponen al respecto son muy variadas, ya que hay algunas que pretenden una punibilidad idéntica al homicidio simple,<sup>5</sup> otras se inclinan por la atenuación<sup>6</sup> y otras por excluirla de incriminación alguna como opina el jurista Francisco González de la Vega.<sup>7</sup>

De las definiciones anteriores se obtienen las siguientes características generales de esta práctica para acortar la vida de un ser humano por motivos de piedad:

- a) Que el enfermo se encuentre padeciendo una enfermedad terminal;
- b) Que el enfermo solicite la muerte de manera expresa, libre y reiterada;
- c) Padecer una enfermedad progresiva e irreversible;
- d) La participación de personal médico capacitado para el caso; y
- e) Que el ejecutor actúe con el único propósito de abreviar el sufrimiento.

También es posible identificar los siguientes elementos que participan:

#### 1. Sujetos activos:

- a) Personal médico;

---

<sup>5</sup> Sánchez González, Miguel, *Calidad de vida en enfermos terminales y eutanasia*, Madrid, Editorial Noesis, 1995, p. 356. “Se debe reconocer en su legislación la facultad de matar y no facultarse a los jueces para que otorguen el perdón, discutible, aún en casos excepcionales.”

<sup>6</sup> Moreno, Antonio de P., *Derecho Penal Mexicano*, México D.F., Editorial Porrúa S.A., 1968, p. 108.

<sup>7</sup> González de la Vega, Francisco, *Derecho Penal Mexicano los Delitos*, México D.F., Editorial Porrúa S.A., 1998, p. 234. “Se reserva la eutanasia a aquellos crímenes caritativos en que una persona, ante los incesantes requerimientos de otra, víctima de un incurable mal, la priva de la vida piadosamente para hacer cesar sus estériles sufrimientos.”

- b) Familiares;
- c) Terceros afectados.

2. Sujetos pasivos:

- a) Moribundo en agonía muy penosa y dolorosa;
- b) Enfermos desahuciados que padecen fuertes dolores o enfermedades incurables;
- c) Persona que presenta muerte cerebral.

3. Situaciones necesarias como una solución:

- a) Administración de narcóticos en dosis excesiva;
- b) Inducir al sueño para provocar la muerte;
- c) Aplicando agentes médicos adecuados;
- d) Elementos constitutivos de delito de homicidio por nuestras leyes, como el artículo 127 del Código Penal para el Distrito Federal.

4. Elemento subjetivo:

- a) Impulso de un sentimiento de piedad y humanidad.

5. Requisitos:

- a) Consentimiento del sujeto pasivo o enfermo;
- b) A ruego o requerimiento del sujeto pasivo;

- c) Por incesante requerimiento del sujeto pasivo;
- d) Sin consentimiento del sujeto pasivo como resultado de muerte cerebral o estado vegetativo.

6. Finalidad:

- a) Evitar al moribundo una agonía dolorosa;
- b) Ayudar al que está sufriendo dolores a liberarse de esta situación;
- c) Procurar una muerte tranquila;
- d) Provocar la muerte sin sufrimiento físico;
- e) Liberar al paciente del sufrimiento físico y a los familiares como a terceros afectados del sufrimiento emocional o psicológico;
- f) Dar por concluida una agonía cruel y prolongada.

## 1.2 PUEBLOS PRIMITIVOS

Era característico en las antiguas civilizaciones una moral utilitaria, como resultado de ésta no se podía proteger ni brindarle atenciones a un elemento de la tribu que se consideraba como inútil, ya fuera porque tenía a los elementos de la naturaleza y a las bestias salvajes del campo en su contra o cuando la lucha por la vida era muy penosa.<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Pineda Arredondo, María Guadalupe, *Hacia una legislación de la eutanasia*, Morelia, Mich., Universidad Michoacana de San Nicolás Hidalgo, 2009, p. 8.

A estos seres considerados inútiles no se les podía procurar alimento así como atenciones personales y lo mejor era liberarles del sufrimiento anticipando la muerte por medio del abandono.

En ese orden de ideas se pueden identificar los primeros casos de eutanasia en las primitivas culturas celtas de las islas de Gran Bretaña y Europa meridional, en la que los hijos daban muerte a los ancianos con un ritual al dejarlos abandonados a su suerte entre los matorrales, era obligación del hijo mayor realizar este acto. De manera semejante ocurría esto con los lapones, en lo que hoy en día es Noruega.

Otras formas más directas de esta práctica se realizaban en las actuales zonas geográficas de Angola, Zambia, Zimbabue y Sudáfrica por los bosquimanos al arrojar intencionalmente a los ancianos y débiles al alcance de las fieras para que fueran devorados por éstas.

La misma práctica la realizaban los hotentotes o khoikhoi en las regiones de Bostwana y Namibia, ambas culturas actualmente están localizadas en el cono sur del continente africano.

En la zona ártica del continente americano era costumbre entre los esquimales dejar al anciano o al enfermo grave encerrado en un iglú hermético por un periodo de tres a cinco días con la finalidad de adelantar y asegurar la muerte.

Ejemplos como estos, en diversas culturas, pueden hacer una amplia lista de cómo practicaban la anticipación de la muerte del anciano enfermo o del individuo que irremediablemente representaba una carga para la tribu, sin embargo es de considerar que por el contrario no pocas sociedades primitivas establecían códigos sociales que otorgaban privilegios y respeto a los ancianos.

### **1.3 GRECIA ANTIGUA E IMPERIO ROMANO**

Como ya se definió, el término eutanasia,<sup>9</sup> por sus raíces griegas, “*eu*” y “*thánatos*” que significan “bueno” y “muerte” respectivamente, ha sido utilizado desde tiempos de la cultura clásica, y era empleado éste para referirse a una muerte fácil, tranquila y sin dolor.

Los filósofos griegos se mostraron partidarios de ayudar a morir a los ancianos agónicos y a los incurables. Los primeros pensadores que apoyaron esta idea fueron los griegos Platón y Epicuro y el romano Plinio.

---

<sup>9</sup> Larousse, Op. Cit., nota 1, p. 244.

El primero de estos filósofos, en su obra *La República*,<sup>10</sup> expone a Asclepio, Dios de la medicina y la curación, como virtuoso solucionador por el cuidado a enfermos curables y alabar el abandono de los desahuciados a su propio destino, así como de patrocinar el homicidio de los ancianos débiles y a enfermos incurables.

En la misma obra, Platón hace referencia a la medicina por semejanza con la jurisprudencia: *“Por consiguiente, establecerás en nuestra república una jurisprudencia y una medicina tales cuales acabamos de decir, que se limitarán al cuidado de los que han recibido de la naturaleza un cuerpo sano y un alma bella.*

*En cuanto a aquellos cuyo cuerpo está mal constituido, se les dejará morir, y se castigará con la muerte a aquellos otros cuya alma sea mala e irreconocible”.*<sup>11</sup>

Epicuro,<sup>12</sup> por su parte, pensaba que debía hacerse lo posible porque la vida no se hiciera pesada ni odiosa, pero una vez que ésta se hiciera imposible se le debía poner límite aplicando los métodos más prácticos y menos dolorosos con la ayuda de otra persona para lograr tal fin.

---

<sup>10</sup> Platón, *La República*, México D.F., Editores Unidos Mexicanos S.A., 2013, pp. 66 a la 69.

<sup>11</sup> Cfr. Ídem, p. 69.

<sup>12</sup> Larousse, Op. Cit., nota 1, p. 226. (341–270 a. C.) Filósofo griego que enseñaba que el fin supremo del hombre es el placer.

Un caso cruel de eutanasia era cometido en la Polis de Esparta a los recién nacidos por el hecho de padecer alguna malformación que fuera considerada un “defecto físico”, como resultado de un proceso selectivo. Este acto es conocido en nuestros días como eutanasia involuntaria, consistente en dejar a una persona en abandono, no necesariamente paciente y en contra de su voluntad.

Aquí hay una diferencia entre desahucio<sup>13</sup> y muerte rápida o “dulce”, el primero consiste en abandonar lo que no se puede curar, mientras que la segunda necesariamente debe incluir la sobredosis de alguna sustancia o droga con la finalidad que la muerte se produjera en forma rápida y sin dolor con el apoyo de un médico.

La eutanasia no planteaba una disyuntiva moral en la antigua Grecia, ya que la vida era considerada como una resolución o aceptación del destino y ante una mala vida que no era digna de ser vivida el envenenamiento por cicuta<sup>14</sup> era una buena salida, éste era un método empleado habitualmente para ejecutar las sentencias de pena de muerte.

---

<sup>13</sup>Ibídem, p. 184. Quitar toda esperanza de salvación a un enfermo.

<sup>14</sup> Ibídem, p. 134. *Conium maculatum*, es una planta con flor que contiene alcaloide, es una neurotoxina que inhibe el sistema nervioso central. Provoca trastornos digestivos, vértigos, descenso de la temperatura corporal, se desencadena la muerte por asfixia.

Un claro ejemplo de este tipo de decisiones es del que se tiene registro histórico del filósofo Sócrates de Atenas,<sup>15</sup> quien fuera juzgado y declarado culpable de desobedecer a los dioses de la ciudad y de corromper a la juventud, murió voluntariamente a los 70 años de edad al beber la cicuta, cumplió esta pena en el año 399 a. C.

De lo acontecido en la antigua Grecia, por semejanza a nuestros días se identifica con la eutanasia activa, que es la práctica sin la intervención de un médico y brindando ayuda para proporcionar una muerte rápida y sin dolor, pero de estas ideas se separa Hipócrates<sup>16</sup> y explica las razones, y motivos de existencia de su juramento.

Este juramento prohibía al galeno administrar a sus pacientes algún fármaco con mortales consecuencias, aun cuando los pacientes terminales lo pidiesen. Esta es la diferencia entre eutanasia activa, que es ejecutada por cualquier persona ajena a la medicina, y la voluntaria que es la practicada por un médico.<sup>17</sup>

---

<sup>15</sup>Ibidem, p. 610. Sócrates de Atenas (Atenas circa.470-Ibidem 399 a.C.) Considerado como un clásico occidental, se sabe de su doctrina por medio de los *Diálogos de Platón*. Fue maestro de éste; junto con Aristóteles como discípulo, son los representantes fundamentales de la filosofía de la Antigua Grecia.

<sup>16</sup> Ibidem, p. 311. (Isla de Cos, circa.460 a.C.–Ibidem circa. 370 a.C.) Médico de la Antigua Grecia, es considerado una figura de la historia médica, se le nombra “Padre de la Medicina”. El juramento hipocrático, es fundamental para la ética y deontología de la medicina, los licenciados que están a punto de empezar la práctica médica tradicionalmente pronuncian este juramento.

<sup>17</sup> Álvarez del Río, Asunción, *Práctica y ética de la eutanasia*. México D.F., Fondo de Cultura Económica, 2005, p. 25.

Esta diferencia es el parte aguas para el juramento hipocrático que representó una notable excepción: prohibió a los galenos, lo que hoy en día identificamos como eutanasia activa y la ayuda para cometer suicidio.<sup>18</sup>

El primer registro en la historia de la eutanasia, lo aporta con tal nombre el historiador romano Cayo Suetonio,<sup>19</sup> en su obra *La Vida de los Doce Césares*, en la que describe cómo el emperador César Augusto tuvo una muerte dulce en la medida de sus deseos, según lo que el mismo emperador había expresado siempre que escuchaba que alguien moría rápidamente y sin dolor.

El hecho que el término fuese acuñado en este momento de la historia, no significa que desde tiempos remotos no se practicara ésta en pueblos primitivos desconociendo su terminología y alcances morales, por razones diversas, que iban desde la edad avanzada, invalidez, incompetencia o por padecer alguna enfermedad incurable acompañada de terribles dolores.

---

<sup>18</sup> Cano Valle, Fernando, et al, *Eutanasia. Aspectos jurídicos, filosóficos, médicos y religiosos*, México D.F., Universidad Nacional Autónoma de México, 2005, p. 6. Diferencia entre eutanasia activa y voluntaria. La eutanasia activa es la solicitada por el paciente y ejecutada por cualquier persona que le auxilie. La eutanasia voluntaria es de igual manera solicitada por el paciente terminal pero difiere en que es aplicada por personal médico con la debida metodología y con dosis de droga necesaria para obtener resultados óptimos. De esta última Hipócrates implantó su prohibición en la práctica médica.

<sup>19</sup>Larousse, Op. Cit. nota 1, p. 621. (Circa 70–circa 126 d. C.) Historiador y biógrafo romano, vivió los reinados de Trajano y Adriano. Su obra *La Vida de los Doce Césares (De Vita Caesarum)* narra las vidas de los gobernantes de Roma desde Julio César hasta Domiciano, trata sobre familia, nacimiento, educación, vida privada, muerte y testamento.

En tiempos de Valerio Máximo Basilio,<sup>20</sup> el Senado mantenía un depósito de cicuta a disposición de quien mostrase en forma voluntaria ante la corte sus deseos de acortar la vida. Pero esto más que pretender fines eutanásicos respondía a la costumbre de facilitar el suicidio.

Giorgio Del Vecchio,<sup>21</sup> explica como una forma de eutanasia propia de la cultura romana la que se desarrollaba en el Circo a lo largo del imperio con la expresión y señal del “*policem premere*”.<sup>22</sup>

Esta señal era decretada por los Césares o gobernantes según la región, para aquellos gladiadores heridos de muerte que tardaban en morir tras una agonía cruel y como resultado de un combate en desventaja.

#### 1.4 EDAD MEDIA

En esta época, terminar con los heridos de muerte en los campos de combate se le llamaba acto de *miser cordia*, se provocaba la muerte con un puñal corto afiladísimo para rematar a los que caían en luchas multitudinarias. Éste se

---

<sup>20</sup>Ibídem, p. 681. (circa330–circa 364 d.C.) Procónsul y perfecto romano, hijo del cónsul Lucio Valerio Máximo Basilio.

<sup>21</sup> Ibídem, p. 181. (Bolonia 1878-Génova 1970) Filósofo, profesor y jurista italiano, experto en filosofía del derecho, impartió esta cátedra en la Universidad de Roma de 1923 a 1950.

<sup>22</sup> Pimentel Álvarez, Julio, *Diccionario latín-español español-latín*, México D.F., Editorial Porrúa S.A., 2009, p. 590. “*Policem premere*”, término latino empleado en la arena del circo, el “pulgar arriba” significaba la muerte del combatiente herido. Contrario a la creencia popular, la señal de “pulgar arriba” representaba la espada desenvainada, consecuentemente se mata al caído y “police verso” o “pulgar invertido” es la semejanza de una espada envainada perdonando la vida de éste. En la vida práctica ajena al circo, los romanos le daban a estas señas usos completamente contrarios de aceptación o rechazo, respectivamente.

introducía en la juntura de la armadura por debajo de la hoguera o casco provocando una herida mortal en la yugular o en la tráquea del caído.

Para los cristianos medievales la idea de matar por compasión, se convirtió con el tiempo como algo repugnante, ya que se creía que el dolor venía por designio divino y por lo tanto debía ser aceptado como una expresión de la voluntad del todopoderoso.

Esto se explica por el mandamiento teológico de “no matarás” y que era considerado en la época como el más importante y no se podía infringir aun en los más crueles sufrimientos.

Este tipo de pensamientos son perdurables aún en nuestros días como herencia por la aceptación de esta máxima teológica, y es persistente su rechazo por la mayoría de las creencias monoteístas que se derivan de la filosofía judeocristiana.

María Guadalupe Pineda Arredondo,<sup>23</sup> comenta que en algunos pueblos protestantes del norte de Europa como en Suecia, en la misma época no existió igual rigidez contra la eutanasia piadosa o selectiva, ya que los ancianos y los incurables eran muertos en forma solemne por sus propios parientes.

---

<sup>23</sup>Pineda Arredondo, María Guadalupe, Op. Cit., nota 8, p. 8.

Con la influencia del cristianismo la eutanasia al igual que el suicidio, fueron terriblemente condenados.

La autora Asunción Álvarez del Río<sup>24</sup>, hace referencia que por un largo periodo de doce siglos que inició con el siglo III, se acentuó la idea que era Dios el único Ser quien podía disponer de la vida de la persona y era igualmente aceptado que tanto la vida como el sufrimiento humano, formaban parte de los planes divinos.

Es por ello, que se prohibía toda acción encaminada a acelerar la muerte, por muy dolorosa que fuera la agonía de la persona. Esta idea se centra en Santo Tomás de Aquino,<sup>25</sup> la figura más sobresaliente del pensamiento cristiano medieval apoyado por San Agustín.

Este pensamiento medieval trata de complementar las obras de Aristóteles en el sentido que el alma espiritual es principio interno que conforma al cuerpo.

Define que alma y cuerpo no son dos sustancias separadas, sino dos principios internos constitutivos, los cuales, dan como resultado al único y mismo

---

<sup>24</sup>Álvarez del Río, Asunción, Op. Cit. nota 17, p. 36.

<sup>25</sup> Larousse, Op. Cit., nota 1, p. 651. Aquino, Tomás, (Roccasecca, Italia,1225-Abadía de Fossanuova, 7 de marzo1274) filósofo, teólogo italiano y doctor de la Iglesia, principal representante de la enseñanza escolástica. Autor de las obras *Summa Contra Gentiles* y *Summa Theologica*. Hizo popular la aceptación de las obras de Aristóteles, afirmando que "*eran compatibles con la fe católica*".

hombre completo, pero incluye además, las aportaciones de la revelación Divina al decir que el hombre es imagen y semejanza de Dios.<sup>26</sup>

Santo Tomás trata al hombre como un fin de la creación, es decir, la imagen de Dios es constitutiva para el hombre. Éste aspira al bien espiritual, con la semejanza a Dios, pero siempre dentro de los límites de su naturaleza creada; pero al aspirar por encima de ellos el hombre peca de soberbio, por lo tanto la eutanasia y el suicidio durante este periodo de la historia no eran aceptados.

No podía pensarse en que el enfermo terminal solicitare al médico le apoye a acelerar su muerte sin sufrimiento, ya que se entendía que al atentar contra la propia vida, se dañaba la imagen divina.

Entre otras razones por las que era prohibida la eutanasia en esta época, es con base a lo expuesto por Tomás de Aquino al referirse al motivo del ser humano que se ubica a nivel superior de cualquier otro ser vivo.

Expresa: *“Dios ha dado a los humanos la razón que es el instrumento que les permite discernir y seguir las leyes naturales y universales, es lo que les*

---

<sup>26</sup> Las reflexiones de Santo Tomás de Aquino acerca de la dignidad del hombre parten del estudio teológico del libro del Génesis referente a la creación del hombre: *“Hagamos al hombre a nuestra imagen y semejanza”* (Génesis 1:26-27).

*confiere un estatuto particular en el conjunto de las criaturas de Dios y una situación superior a la de los animales*".<sup>27</sup>

## 1.5 RENACIMIENTO Y MODERNIDAD

Fue a comienzos del siglo XIV cuando comenzaron a cambiar de una manera más drástica las posturas hacia el suicidio y la eutanasia, ya que es el periodo en que surge el Renacimiento.<sup>28</sup>

Este movimiento se caracteriza por colocar al hombre como centro de estudio y atención, por lo que son reconsiderados los valores y los conceptos grecorromanos los cuales conllevaron a retomar el concepto de la "muerte fácil" como una opción personal del paciente ante la tardanza de enfrentar su destino final, esto fue introducido en el siglo XVII por el filósofo inglés Francis Bacon.<sup>29</sup>

Bacon consideraba necesario que los médicos apoyasen a los enfermos terminales para que tuvieran una muerte tranquila, ya que en su obra *El Avance de la Ciencia* definía la eutanasia como ayuda proporcionada por el médico con el fin

---

<sup>27</sup> Cfr. Tomás de Aquino (Santo), *Suma contra los gentiles*, 3ª. edición, Madrid, Biblioteca de Autores Cristianos, 2007, p. 304.

<sup>28</sup> Larousse, Op. Cit., nota 1, p. 555. Movimiento europeo caracterizado por el estudio de los clásicos grecorromanos en los siglos XV, XVI y XVII, se le identifica por: a) la vuelta a la antigüedad para sustentar el arte clásico; b) surgimiento de una nueva relación con la naturaleza y c) hace al hombre medida de todas las cosas, presupone una formación científica, que le hace liberarse de actitudes medievales.

<sup>29</sup> *Ibidem*, p. 65. (22 de enero 1561-9 de abril 1626) Canciller de Inglaterra, filósofo, abogado y escritor. Su pensamiento fue decisivo en el empirismo y en el método científico, en su obra *Novum Organum* explica cómo la ciencia debe basarse en la observación y experimentación precisas, sostenía que había que abandonar todos los prejuicios y actitudes preconcebidas a las que denominó *eidola* o ídolos.

de acelerar la muerte, solicitada o no por el paciente, y como la asistencia que prepara el alma para que el paciente logre su buena muerte.

En el s. XVI, en el aspecto teórico del hombre y su libertad como tal, es necesario abordar el pensamiento de un connotado exponente de la ilustración filosófica, Emmanuel Kant,<sup>30</sup> ya que el concepto moderno de dignidad y autonomía del hombre está íntimamente ligado a su filosofía.

Kant reconoce que la dignidad y la autonomía del hombre refieren un estatus de honorabilidad que se ha de reconocer y respetar, derivada de la naturaleza racional del hombre.

Después del Renacimiento el concepto de eutanasia se “reivindica” en la sociedad y con los conocimientos científicos de la época, un ejemplo se presenta con la obra *Medical Euthanasia* de Karl F. H. Marx,<sup>31</sup> expone la necesidad de enseñar a los médicos cuidados técnicos para el enfermo próximo a su muerte, publicada en 1826.

---

<sup>30</sup>Ibidem, p. 354. (Königsberg, Prusia 22 de abril 1724 –Ibidem 12 de febrero 1804) Autor de la obra *Crítica de la razón pura* en la que investiga la estructura misma de la razón, la *Crítica de la razón práctica*, centrada en la ética, la *Crítica del juicio*, en la que investiga acerca de la estética y la teleología y *La metafísica de las costumbres* en la que indaga en la filosofía del derecho y del Estado. Fue un destacado filósofo prusiano de la Ilustración, así como un importante representante del criticismo y precursor del idealismo alemán.

<sup>31</sup> Ibidem, p. 398. Karl F. H. Marx (1776-1857) Médico, la cita sobre eutanasia es de *Medical Euthanasia*, en *“Ethics in Medicine. Historical Perspectives and Contemporary Concepts”*, editado por Stanley Joel Reiser, MIT Press, Cambridge, Massachusetts. No debe confundirse con el filósofo y economista alemán Karl Marx (1818-1883).

De esta manera en las siguientes décadas siguieron ideas al mismo respecto, con el fin que el médico reconociera las necesidades del enfermo terminal y acabar de una manera humanizada con el sufrimiento de éste.

Para finales del siglo XIX y los albores del siglo XX, tanto en América como en Europa se dio paso a las primeras asociaciones que abogaban por el derecho de una muerte digna, las cuales trataban el tema a nivel de conceptos o ideas centrales con fines o tendencias a legalizarse, sin embargo, estos proyectos se truncaron por las dos grandes guerras que se sucedieron el siguiente siglo XX.

Independientemente de los factores externos, el hombre debe llevar una vida digna y dominio de sí mismo, ya que la dignidad es un ideal, no algo dado, pero es un ideal que trasciende las distinciones sociales convencionales.

La autonomía de la voluntad como fundamento de la dignidad de la naturaleza humana o de cualquier otra naturaleza racional se basa en *la facultad de la voluntad de darse a sí mismo las reglas, independientemente de argumentos prescriptivos empíricos. El ser persona significa poseer autodeterminación y autolegislación.*

A partir de 1835 surgieron los primeros proyectos de autorización de la eutanasia ofrecida al gobernador Jorge Auckland del Consejo de la India Inglesa,

mediante una comisión presidida por Lord Macaulay, en el proyecto presentado por éste, si bien no se llega a la impunidad del homicidio piadoso sólo se consideraba como especial atenuante el homicidio voluntario.

En la primera decena del siglo pasado existieron varias propuestas eutanásicas en los Estados Unidos, la primera se da en el año 1906 con Anna S. Hall quien presentó una iniciativa ante el Parlamento del Estado de Ohio.

En ese mismo año, el asambleísta del Estado de Iowa, el Dr. Ross Gregory solicita al Congreso de ese Estado la creación de una ley que autorice la eliminación, por medio de un anestésico de toda enfermedad incurable en los infantes débiles y de todo idiota. Estas propuestas no se lograron.

En 1912 se discutió en el Congreso de los Estados Unidos un proyecto sobre homicidio caritativo, pero se rechazó porque se encontraron demasiado inciertas y delicadas las aplicaciones y procedimientos, los cuales podrían enmascarar homicidios intencionales.

Estos rechazos por parte del Congreso no fueron suficientes para que en ese mismo año la Srita. Sara Harris elevara al Congreso una solicitud para que se permitiese al médico que le asistía, poner término a su vida de manera dulce y sin dolor, ya que por estar paralítica no podía suicidarse.

El resultado fue contraproducente, el Congreso de Nueva York sancionó en ese año de 1912 un proyecto de la ley que decía: “*Toda persona que por medio de discursos, circulares, escritos, mensajes, periódicos, cartas o documentos, preconizare el deber de matar bajo la égida de la ley a personas que aquejadas de dolencias incurables, mentales o físicas, será declarada bajo delito de crueldad*”.<sup>32</sup>

## **1.6 MÉXICO PREHISPÁNICO E INDEPENDIENTE**

Antes de la llegada de los europeos, en el imperio mexica, era costumbre de los aztecas el hecho de hacer sacrificios humanos con los esclavos en honor a dioses como Huitzilopochtli, ya sea como forma de agradecimiento por los favores recibidos en las cosechas y por la renovación de los ciclos solares o para evitar su ira.

Varios siglos después de la colonización española, del movimiento independista y del Primer Imperio Mexicano de Agustín de Iturbide, ya consumada la independencia de España, el 7 de noviembre de 1823, se instaura el Segundo Congreso Mexicano.

Este Congreso estableció la Soberanía de los Estados Unidos de la Federación en cuanto a su régimen interior, por lo que pueden proclamar sus propias leyes.

---

<sup>32</sup> Cfr. Sotelo Salgado, Cipriano, Op. Cit., nota 3, pp. 57 y 58.

Después de esto se sucedieron varios intentos de República Centralista pero finalmente el Federalismo se consagra en el artículo 4º. De la Constitución de 1857, pese a esto, como consecuencia legal del régimen virreinal se produjo que en la República Mexicana siguieran rigiendo las mismas leyes penales desde 1821 hasta 1869, salvo caso excepcional del Estado de Veracruz.

En Veracruz aparece el primer Código Penal del México Independiente en 1855, sus principales autores fueron los diputados Bernardo Couto, Manuel Fernández Leal, Antonio María Solorio y José Julián Tornel.

Es de esperarse que en este Código Penal no se legisle ni se mencione explícitamente a la eutanasia, pero sí se encuentran artículos que la vinculan, en el Título I, sobre Delitos Contra la Persona. Se precisa lo siguiente:

*“El que ayudare a otra persona en el acto de suicidarse, o el que antes lo proveyera de los medios al efecto, conociendo lo que intenta, o dejando de dar el aviso correspondiente a quien deba o pueda impedirlo, se tendrá como cómplice del homicidio, y sujeto a las penas que respectivamente quedan establecidas en la primera parte de este Código. Nunca sin embargo, se le impondrá la capital, a no ser que haya sido él quien sedujo u obligó al suicida a darse la muerte.”<sup>33</sup>*

---

<sup>33</sup> Cfr. *Ibidem*, pp. 59 y 60.

Del artículo anterior, se desprenden los siguientes elementos de ayuda al suicidio:

- a) *“El que ayudare...en el acto”*, es el auxilio del acto al suicidio;
- b) *“Lo proveyera de los medios al efecto”*, es la cooperación activa remota;
- c) *“Dejare de dar aviso a quien pueda o deba evitarlo”*, es un acto cooperativo por omisión.

De estas tres formas de participación, la primera sería la más grave, ya que en ésta se realizan actos directos con la finalidad de provocar la muerte del sujeto.

## **1.7 PRIMERA Y SEGUNDA GUERRAS MUNDIALES**

Con estos dos grandes conflictos bélicos y los respectivos horrores de muerte que acarrearán, se dio como resultado un avance en la ciencia médica como resultado de la urgente y masiva necesidad de atender heridos en los distintos frentes de combate, y es aquí donde nuevamente se replantea el concepto de la eutanasia.

En virtud de este replanteamiento se cuestiona a la eutanasia como recurso para poner fin a la vida de los afectados en combate, así como por el

creciente número de casos llevados a juicio marcial quienes eran acusados de cometer homicidio contra población civil, por haber ayudado a morir a compañeros y familiares para que terminaran con el sufrimiento físico.

En el año 1903 existía en el Código Penal Alemán una configuración de homicidio atenuado, siempre y cuando a “*solicitud expresa y seria*” de la víctima se efectuara éste.

En 1909, se presentó una propuesta de ley al Parlamento de Sajonia, que posteriormente se rechazó, existieron dos proyectos que se presentaron, el primero de estos fue en 1909 a nombre de la “Asociación Monista Alemana” que estaba enfocado a obtener la legalización de la eutanasia.<sup>34</sup>

Este proyecto proponía que toda persona que fuera atacada de enfermedad incurable tiene derecho a decidir sobre el final de su vida y por lo tanto a solicitar se le practique la eutanasia, para lo cual debería dirigir la correspondiente petición al tribunal médico competente.

Este tribunal, a su vez decidirá sobre la procedencia de este derecho. Para resolver informará a un tribunal médico, el cual examinará el enfermo, la evaluación se efectuará dentro de los ocho días siguientes a la presentación de la solicitud.

---

<sup>34</sup> *Ibíd*em, p. 64.

El acta emitida por el tribunal consignará si la muerte es más probable que el retorno a la salud o por lo menos un estado que le permita ser apto para desempeñar algún trabajo.

Si los dolores fueran humanamente insoportables, el tribunal concederá al enfermo el derecho a la eutanasia, por el contrario, si las dolencias fueran soportables la petición será cancelada.

Tres años más tarde en 1912 se presentó la segunda propuesta de ley, que corrió la misma suerte al ser rechazada igual que la primera de 1909, ésta comprendía ocho artículos,<sup>35</sup> los cuales se citan a continuación:

- 1. Si una persona se encuentra afectada por enfermedad incurable y dolorosa tiene derecho a la eutanasia;*
- 2. Previa solicitud del enfermo, este derecho se otorgará por un tribunal;*
- 3. A raíz de esta solicitud, en un plazo de 24 horas siguientes a la presentación de ésta, el tribunal dispondrá el examen del enfermo por un médico forense asociado de entre los especialistas solicitados por el paciente;*

---

<sup>35</sup> *Ibíd*em, pp. 66 y 67.

4. *El acta de reconocimiento deberá expresar el convencimiento de la comisión en el sentido de que la muerte es más probable que el retorno a la plena capacidad para el trabajo;*
5. *En este caso, se reconocerá al paciente el derecho de hacerse matar;*
6. *Cuando un enfermo ha muerto sin dolor por su propia voluntad de un modo formal y categórico, el autor de la muerte quedará impune;*
7. *El que matare a un incurable sin su consentimiento formal y por móviles piadosos, será castigado con la pena de reclusión;*
8. *Todo lo procedente puede aplicarse a los voluntarios.*

En 1939 las órdenes de Hitler respecto a la eutanasia llegaron a todos los lugares del régimen nazi a finales de octubre del mismo año, pero fueron emitidas el primero de septiembre, es decir, el día en que estalló la Segunda Guerra Mundial con la invasión a Polonia.

Es de destacar estas fechas y acontecimientos, ya se debe relacionar la eutanasia con los acontecimientos bélicos, la cual poco a poco fue cobrando auge con el devenir de la guerra.

Aproximadamente 25 mil hombres, mujeres y menores fueron eliminados bajo este concepto de muerte misericordiosa. Pero en realidad este concepto sobre eutanasia fue un programa negativo, que en realidad enmascaraba una mentalidad racista.

Para finales de ese mismo año de 1939 el tema no es novedad para el régimen nazi, uno de los primeros casos de este sistema político se dio en la Clínica Pediátrica Universitaria de Leipzig, bajo la dirección del Dr. Werner Catel.

Este caso se relaciona con el hecho cuando se dio alojamiento a un niño ciego con dos extremidades, y la abuela de este menor dirige una carta a Hitler para garantizarle la llamada “mercy killing”, o muerte piadosa con la finalidad de deshacerse del menor.

Ante esta petición, Hitler envió a dicha clínica pediátrica a su médico personal, el Dr. Karl Brant,<sup>36</sup> quien después de una larga consulta del menor y entrevistas con el Dr. Catel, autorizó y aplicó el tratamiento en este caso de eutanasia.

---

<sup>36</sup> [www.elholocausto.net/parte03/experimentos.htm](http://www.elholocausto.net/parte03/experimentos.htm), los médicos y sus experimentos, 2014. Karl Brant, (Mulhouse, 8 de enero de 1904–Landsberg am Lech, 2 de junio 1948) médico y criminal de guerra, comisario del Reich para la sanidad y la higiene pública. Dirigió la administración del programa de eutanasia nazi desde 1939, estuvo involucrado en experimentación con seres humanos en Ravensbrück. Al ser capturado al finalizar la guerra fue procesado y sentenciado en Núremberg, declarándosele culpable de crímenes contra la humanidad, fue ejecutado en la horca en la prisión de Landsberg el 2 de junio de 1948.

En la Alemania nazi se dispuso la obligación de notificar el nacimiento de bebés con defectos físicos el 18 de agosto de 1939. Tres peritos de “alta solvencia profesional” decidían la muerte o la vida del recién nacido y extendían una autorización para esta práctica, entre los médicos autorizados se encontraba el Dr. Werner Catel.

Alemania estaba dividida en 21 Departamentos Sanitarios Pediátricos, los médicos encargados de cada departamento estaban instruidos verbalmente por Karl Brant de extender la respectiva orden de matar a un “menor deficiente” fundamentándose en el formulario autorizado y debidamente requisitado con la autorización de al menos uno de los padres.

El número estimado de menores exterminados por este procedimiento se estima en por lo menos 5,000 bebés, mediante la administración de morfina o luminal. Poco tiempo después Hitler firmaba la ley que legitimaba la eutanasia en el Sistema Jurídico de la Alemania Nacional Socialista.

Por primera vez en la historia, una autoridad política aprobaba la supresión de “vidas humanas sin valor” que permitió la puesta en marcha de la llamada Acción T-4, que era el programa nazi de implementación de la eutanasia. Los criterios de su aprobación obedecían a razones supuestamente “humanitarias”, pero era en realidad eso un plan de exterminio.

El resultado de este plan arrojó un saldo superior de seis millones de vidas exterminadas y un enorme precedente legal, que lamentablemente se debe recordar, para analizar detenidamente las propuestas parlamentarias que actualmente pretenden despenalizar la eutanasia en supuestos de necesidad, como se desea hacer en determinados países de Europa y América.

La segunda mitad del siglo XX y sobre todo, en las últimas décadas de éste, se caracterizó por un acelerado avance en la tecnología y ciencia médica que produjo un cambio significativo en la atención y cuidados a los pacientes, tanto en su forma de morir como en el concepto mismo de muerte. La eutanasia jamás se volvió a aplicar en Alemania.

## **1.8 REINO UNIDO DE LA GRAN BRETAÑA**

En 1922 fue rechazada la primera propuesta de la eutanasia y en 1926 una segunda propuesta corrió la misma suerte por la Cámara de los Lores<sup>37</sup> presentada por Lord Ponsonby, en ésta, se proponía este tratamiento médico para personas que se encontraran sufriendo una enfermedad fatal, incurable y dolorosa, a petición voluntaria de éste.

---

<sup>37</sup> Álvarez del Río, Asunción, Op. Cit., nota 17, p. 86. "*The House of Lords*", La Cámara de los Lores, es la corte más alta dentro de todo el sistema judicial de Reino Unido de la Gran Bretaña. Emite resoluciones que son inapelables al sistema judicial, político, administrativo, estatal y económico del Parlamento en todo lo concerniente al reino.

Los pacientes debían ser mayores de 21 años, mentalmente sanos, y debían elaborar su solicitud en presencia de dos testigos, añadiendo un árbitro que fuera designado por el Ministro de Sanidad, quien sería el encargado de recibir la petición junto con los certificados firmados por los médicos, siendo uno de ellos, el médico del enfermo.<sup>38</sup>

Debía ser obligación del árbitro examinar cuidadosamente los documentos reunidos, así como tener una entrevista con el paciente y hacerle ver a éste si entiende y le queda clara su solicitud y los alcances que esto conlleva.

Una tercera propuesta semejante a la anterior se elaboró y nuevamente en 1947 fue rechazada. En 1950 Lord Chordley presentó una moción sobre la legalización de la eutanasia voluntaria como una respuesta a las necesidades de la sociedad en ese momento, aunque se debatió durante largo tiempo no fue votada a favor.

Otra tercera iniciativa se propuso y nuevamente fue rechazada en el mismo año de 1963.

La Asociación Humanista Británica llamó la atención en 1968 sobre la necesidad favorable de la regulación de la eutanasia, y en ese mismo año la Asociación Secular Nacional y el Consejo Nacional para las libertades civiles,

---

<sup>38</sup> Álvarez Gálvez, Íñigo, *La eutanasia voluntaria autónoma*, Madrid, Editorial Dykinson S.L., 2002, p. 230.

aprobaban en forma conjunta una resolución sobre el derecho de los individuos a solicitar la eutanasia.

Surge otra propuesta en el año de 1973 cuando Lord Raglan presenta un proyecto de ley sobre Eutanasia Voluntaria, la cual autorizaba a los médicos a ejecutarla en pacientes que sufrieran una enfermedad irremediable y que fuera certificada por dos facultativos.

El paciente debía hacer su solicitud con treinta días de anticipación ante la presencia de dos testigos, antes del desarrollo de la enfermedad y en estado de buena salud.

Desde 1979 existieron otros proyectos similares que se repitieron de igual modo en 1985, 1990 y 1993, siendo todos rechazados, por lo que no se ha avanzado jurídicamente en este aspecto.

Al parecer en la Cámara de los Lores, se mantiene el concepto que debe ser ilegal la práctica de la eutanasia, rechazando cualquier cambio en la legislación y se incluye la creación de un nuevo tipo penal que la “*castigue ligeramente*”.<sup>39</sup>

---

<sup>39</sup> *Ibíd*em, p. 231.

## 1.9 ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMÉRICA

Uno de los primeros documentos legales concernientes a la eutanasia en este país fue propuesto por Miss Ann Hall en el Parlamento del Estado de Ohio en 1906.

En éste se declaraba que toda persona afectada por una enfermedad incurable acompañada de graves dolores puede pedir la presencia de una comisión integrada por cuatro personas, quienes decidirán sobre la oportunidad de poner fin a la vida de esta persona.<sup>40</sup>

El proyecto fue rechazado en el mismo año.

En 1938 el reverendo Charles Potter fundó la Sociedad Eutanásica de América, que tenía por finalidad legalizar el suicidio asistido mediante la intervención de un médico autorizado y por solicitud de un enfermo terminal.

Adicional a esto se presentó en la Asamblea de Nebraska una propuesta de ley semejante, la cual fue rechazada. A partir del año 2001 entró en vigor la primera y única ley en el mundo que aprueba el suicidio asistido en el estado de Oregón.

---

<sup>40</sup> Sotelo Salgado, Op. Cit., nota 3, p. 63.

Como resultado de este acontecimiento funcionarios del Estado informaron lo sucedido el 17 de febrero de 2001, fecha en la que 15 enfermos terminales se suicidaron con la asistencia de médicos autorizados mediante la aplicación de fármacos letales.

En 1947 se presentó en la Asamblea de Nueva York un proyecto en el que todo individuo no menor de 21 años afectado por enfermedad incurable es libre de solicitar la eutanasia.<sup>41</sup>

En 1950 el diputado Morgan publicó en la Revista de Derecho Penal los argumentos con los que la defendía, por el beneficio económico que esto representaba para el país al librarse de 15,000 incurables al año.

---

<sup>41</sup> Pérez Varela, Víctor M., *Eutanasia ¿Piedad? ¿Delito?*, México D.F., Coedición Universidad Iberoamericana/Editorial Limusa S.A. de C.V., 2003, p. 111.

## CAPÍTULO SEGUNDO

### ASPECTOS JURÍDICOS ACTUALES DE LA EUTANASIA EN DIVERSOS PAÍSES Y OPINIONES EN LA RELIGIÓN

#### **2.1 FINALIDAD DE LA EUTANASIA Y SEPARACIÓN DE LA VIDA Y LA MUERTE**

Actualmente el hombre que vive en países desarrollados depende de los progresos de la medicina y en su contexto cultural occidentalizado es frecuentemente cerrado a la trascendencia, por lo que la experiencia de la muerte se presenta con extrañas características nuevas.

Cuando prevalece la única tendencia a apreciar la vida en la medida en que da placer y bienestar social y económico, el sufrimiento aparece como una amenaza insoportable de la que es necesario liberarse de cualquier manera.

Hoy en día la ciencia y la práctica médica son capaces de resolver casos que antes no tenían solución, mitigando o eliminando el dolor, aunado a esto también pueden sostener y prolongar la vida incluso en situaciones de extrema debilidad a personas que perdieron de modo repentino sus funciones biológicas.

Bajo esta óptica es cada vez más llamativa la idea de la eutanasia, es esto, por así decirlo, de ordenar a la muerte, procurándola de modo anticipado y poniendo de esta manera fin a una vida de modo “dulce”, lo que podría parecer lógico y humano.

Con esta idea estamos tratando una nueva “cultura de la muerte” por así referirlo, que avanza en esta forma clínica en las sociedades occidentales que se caracterizan por el bienestar, en las cuales se presenta un creciente número de personas de la tercera edad, que a su vez se convierten en un sector demasiado gravoso, insoportable e intolerable.

Muy a menudo estos sectores poblacionales de personas de avanzada edad se ven aislados por la familia y la sociedad, la cual estructura su organización en criterios de eficiencia y productividad, según las cuales una vida irremediablemente inhábil no tiene valor alguno.

Para emitir un correcto juicio u opinión sobre la eutanasia, es necesario ante todo definirla en sus objetivos y alcances. Ésta se debe entender como una acción u omisión que por su naturaleza e intensidad causa la muerte, con el fin de eliminar el dolor de un paciente terminal. Se le debe situar en el nivel de las intenciones o de los métodos empleados.

De ella deben distinguirse la decisión de renunciar al ensañamiento terapéutico, o sea, a ciertas intervenciones médicas que ya no resultan adecuadas a la situación real del enfermo por ser desproporcionadas a los resultados que se pudieran esperar o bien por ser demasiado gravosas para el paciente o sus familiares.

Es ante esta situación que la eutanasia se considera como algo inminente y es cuando de una manera consciente se puede renunciar a los tratamientos que únicamente se encaminan a una prolongación precaria y penosa de la existencia sin interrumpir las curaciones debidas al enfermo.

Es correcto pensar que existe la obligación moral de curar a un enfermo y de igual manera de hacerse curar, esta consideración se valorará según se desarrollen las situaciones concretas de cada persona en su enfermedad, es decir, que se deben examinar los medios terapéuticos a disposición y que sean objetivamente proporcionados a las perspectivas de mejoría.

Es importante dejar en claro que el hecho de renunciar a los medios extraordinarios o desproporcionados no equivale al suicidio o a la eutanasia, ya que se expresa la aceptación de la frágil condición humana ante la muerte.

Es común que en la medicina moderna el auge de los “cuidados paliativos” que son destinados a hacer más soportable el sufrimiento en la fase terminal de la enfermedad y que al mismo tiempo asegura al paciente un acompañamiento y trato humano adecuado.

Derivado de esto, surge otro problema que es la licitud de los diversos tipos de analgésicos y sedantes empleados como recursos para aliviar el dolor del enfermo, siempre y cuando esto comprometa acortarle la vida.

Por ejemplo, puede ser digno de elogio quien acepta voluntariamente el sufrimiento de la enfermedad y renuncia a los tratamientos del dolor con el fin de conservar la plena lucidez y participar de manera consciente de los actos que se desarrollan alrededor suyo con las personas que le asisten y acompañan.

Sin embargo, no es correcto que se prive al moribundo de la consciencia propia sin la existencia de un motivo grave o que lo amerite.

La eutanasia es considerada principalmente como un problema netamente moral, que se encuentra arraigado a determinadas creencias religiosas que son factores para la formación y el comportamiento de cada individuo.

Es necesario indicar que el aspecto moral es un elemento muy importante al momento de decidir entre la vida y la muerte y que al analizar un caso en particular es como se conocerá cual es la moral de cada persona.

La práctica de la eutanasia ha merecido la atención de quienes intentan comprender los problemas del hombre, como teólogos, filósofos, médicos y juristas. La mayoría de los pensadores han rechazado de manera absoluta esta práctica. En otro sentido hay quienes la aprueban, como es el creador de este término, el filósofo y canciller de Inglaterra, Francis Bacon.

En la obra de Francis Bacon denominada Historia de la Vida y de la Muerte, sostiene la tesis de abolir el sufrimiento por medio de la eutanasia, buscando una agonía dulce y buena. *“El médico debe calmar los sufrimientos y los dolores no sólo cuando este alivio puede traer la curación, sino también cuando sirve para procurar una muerte dulce y tranquila.”*<sup>42</sup>

En el análisis actual de la eutanasia convergen varias disciplinas que ponen de manifiesto las más agudas paradojas de la forma de pensar de las culturas occidentales, entre éstas participan la historia, la ética, el derecho, la sociología, la psicología y la teología.

---

<sup>42</sup> Cfr. Sotelo Salgado, Cipriano, Op. Cit., nota 3, pp. 160 y 161.

En todos los niveles de la sociedad moderna se realizan profundos estudios de los aspectos de la realidad humana, de un mundo cambiante en el que cada vez resulta más complicado adoptar una actitud íntima o personal que nos identifique con una idea original y única, y es esto lo que nos hace diferentes a cada uno ante ciertas circunstancias en las que a veces tenemos que elegir.

La libertad humana de elegir va estrechamente vinculada a un acto íntimo y personal en la cual cada quien justifica una elección, con base a lo que se debe elegir y que sólo está condicionado por la experiencia particular y los sentimientos, esto es lo que justifica la elección de cada persona.

Es con este tipo de elecciones que se logran consecuencias la sociedad y en la vida, particularmente en cuanto a determinar el comienzo y el final de ésta, en su cuidado, es decir, en los aspectos de salud y es en este aspecto que las decisiones son más claras y evidentes.

La separación del derecho y la moral se ha planteado desde distintas percepciones iusfilosóficas como un logro del mundo moderno que redundará en beneficios del individuo, es de esta manera que la norma jurídica debe respetar y no invadir una esfera de privacidad que hoy se conocen como derechos humanos.

El reconocimiento práctico de éstos se concreta en normas jurídicas que garantizan su respeto ya sea en el ámbito de la privacidad o creando mecanismos o instituciones que controlen de forma efectiva que se respeta el contenido del ámbito personal.

Las normas jurídicas no pueden dejar de encontrar en la moral humana un punto de referencia, esto se percibe en leyes que afectan algún aspecto particular de la vida humana, de tal modo que el derecho regula acciones o comportamientos de los individuos relacionados con el cuidado de la vida o con el comienzo y el final de la misma.

Lo que realmente queda claro en la finalidad y objetivo de la eutanasia, es que actualmente sus argumentos y justificaciones que en el pasado la admitieron o permitieron en el pasado son muy distintos en estos tiempos donde se acentúa la necesidad de respetar la libertad individual, y este es el principal argumento, aunque no el único a favor de la liberación de esta práctica.

Respecto a los temas de la libertad del hombre y de los derechos humanos, es aquí donde la vida se considera como un bien supremo y varios de los filósofos que conforman el mundo contemporáneo coinciden con diferentes conceptos al afirmar que la vida es un valor máximo.

La vida humana ya sea considerada como existencia biológica, moral o valor supremo o como una actitud que busca transformar la sociedad, ésta siempre será objeto de protección jurídica.

La vida humana en el ámbito del derecho es protegida desde antes del nacimiento hasta que muere, y más allá de esta idea, ya que también se consideran sus restos mortales de lo que fue una persona, y por estas ideas, es que merece especial tutela jurídica la persona que se encuentra aquejada por una enfermedad incurable o por haber sufrido un accidente de fatales consecuencias.

## **2.2 PRINCIPALES INTERPRETACIONES TEOLÓGICAS**

En todas las religiones de concepción judeocristiana, al hombre se le asigna el valor de la vida con un carácter sacro, del cual nadie puede disponer de ella a voluntad o capricho.

Todos los creyentes son llamados por medio de la fe a conservar la vida ante cualquier situación. Es por esto que tanto el homicidio como el suicidio, se les considera una negación natural, como una renuncia frente a los deberes del hombre.

Un común denominador en las religiones el precepto de “no matarás”, y es esta idea la que origina el cuestionamiento en la no aplicación de los tratamientos terapéuticos, como de igual manera se pone en duda el uso excesivo de analgésicos para aliviar los sufrimientos con el riesgo de abreviar los días del moribundo.

A continuación se exponen puntos de vista de las cuatro principales religiones, esto se debe como resultado a la difusión de la filosofía del cristianismo en el mundo grecorromano, ésta hizo propia una actitud de estoicismo frente a la vida, y consecuentemente la actitud frente a las prácticas eutanásicas fue de rechazo.

### **2.2.1 OPINIÓN EN LA RELIGIÓN JUDÍA**

El tema de la eutanasia es uno de los temas más difíciles en los que el hombre no puede encontrar una respuesta tan clara y sencilla ante la expectativa médica, en opinión del Rabino Abraham Palti,<sup>43</sup> ya que se encuentra en una situación ante la que es impotente y de igual manera desconoce cuál sería la mejor salida.

---

<sup>43</sup> Actual jefe espiritual de la Comunidad Judía Sefaradí de México, A.C.

El Rabino Palti comenta: el rey David cita en su libro de “Tehilim”, Salmos 116, resumiendo: *“Los cielos son del Eterno y la tierra se la dio al hombre”*.

Externa que todo lo que es de origen celestial o divino, sencillamente está en manos de Dios, por lo tanto, la vida al ser de origen igualmente divino, así como el alma, está en su poder, a diferencia de lo divino, como es la tierra, expresándose a todo aquello que es material, que nada tiene que ver con la vida y el alma, entonces es del hombre.<sup>44</sup>

Explica que en la religión, la vida se coloca por arriba de cualquier valor que incluso podría considerársele como elevado, y el valor de la vida misma rebasa esos conceptos y obstáculos con tal de conservarla.

Expone el siguiente ejemplo en la práctica de la fe judía, comenta que como es conocido, al día sábado se le considera como el día más sagrado para el pueblo de Israel, por lo tanto, está estrictamente prohibido realizar cualquier trabajo creativo como escribir, cocinar, manejar equipo eléctrico, lavar, etc.

Por lo tanto el creyente judío no puede ni debe violar esta ley del shabat. Sin embargo, si fuere el caso de tener que salvar una vida humana, se hace a un lado esta ley y se dispensan las actividades como no permitidas, siempre y cuando

---

<sup>44</sup> Cfr. Cano Valle, Fernando, et al, Op. Cit., nota 18, p. 303.

éstas vayan encaminadas a salvar o preservar esa vida, así como cualquier otra acción que se requiriera para tal fin.

Ahora, caso contrario, si aunque alguien creyera que se debe conservar esta ley para seguir santificando el shabat y se tuviera que perder la vida de alguien, entonces a esa persona se le condenaría por querer observar la ley del shabat a costa de una vida humana.

Adicional a esto explica que la Sagrada Torá (Pentateuco) lo refiere claramente: *“Cuidareis el cumplimiento de mis leyes y vivirá el hombre en ellas, Yo soy el Eterno”*.

En el judaísmo el hombre no posee libertad de actuar libremente aplicando su criterio o expectativas personales ante una situación como la eutanasia, de igual modo esto se aplica ante un grupo de personas que opinaran al respecto, ya que se trata de una decisión que está fuera del alcance del hombre.

Al hombre no le es permitido decidir sobre la vida o muerte de una persona por más inteligente que se considere una opinión o decisión al respecto.

La obra que compendia las discusiones rabínicas sobre leyes judías y que además ofrece su interpretación, es el Talmud, al respecto, ante una decisión tan importante, como es el enfrentar la eutanasia.

Este texto interpreta la observancia de las leyes tanto del shabat como otras leyes que deben cuidarse, e interpreta: “*y vivirás en ellas, y no morirás en ellas*”, y así, son varios los ejemplos que destaca el Talmud sobre la importancia de la vida.

Según los sabios talmúdicos, cuando a algún paciente, se le considera muerto clínicamente porque su cerebro ya ha dejado de funcionar y sin embargo sigue latiendo su corazón, a este enfermo o paciente aún se le considera vivo.

Las opiniones talmúdicas sobre este ejemplo enseñan que si para salvar la vida propia se tuviera que matar a otra persona, se le prohíbe a la persona el hacer esto, claro que no se está hablando de una situación de guerra, lo cual altera o cambia completamente lo antes expuesto.

De lo expuesto, se entiende en el judaísmo que el hombre no es dueño del cuerpo que se le ha entregado, por lo que no se puede disponer de éste ni de aquello que le mantiene vivo, como lo es el don de la vida, lo cual está escrito en el

libro de Job en sus primeros capítulos: *“El Eterno es el que da la vida y el que la recoge, bendito para siempre tu nombre Señor”*.

### **2.2.2 POSTURA DE LA IGLESIA CATÓLICA**

Referente a la teología Católica hay varias consideraciones sobre la eutanasia que han sido publicadas por la Academia Pontificia para la Vida, aunque desde tiempos remotos se han hecho pronunciamientos a favor de la vida de los enfermos, pero más en particular desde la segunda mitad del siglo XX.

Esto por varias razones, ya que obedece a factores tales como el desarrollo de las guerras, la evolución de la ciencia médica en búsqueda de métodos para prolongar la vida, a veces en forma innecesaria, por soluciones ante las enfermedades y causas de muerte tan diversas, ya que éstas no son las mismas que hace un siglo o dos siglos atrás.

La Iglesia Católica ha tenido la oportunidad de dar a conocer con mayor énfasis su doctrina y pensamiento al respecto, sobre todo por la cada día más difundida cultura a favor de la muerte en diversos aspectos y formas, es en la década de 1970 cuando se da esta reflexión ya que en los países más desarrollados se extendió una insistente campaña a favor de la eutanasia.

Entendida como una acción u omisión que por sus intenciones se pretende interrumpir la vida del enfermo terminal o también con la vida del niño recién nacido con malformaciones, argumentando que se pretende reducir en el paciente en cuestión, sufrimientos futuros definidos como inútiles.

Esto fue como resultado de los movimientos en favor de la eutanasia, llevado a cabo con el apoyo de estrategias provenientes de campañas y asociaciones pro-eutanasia a nivel internacional y contando con manifiestos escritos y públicos de científicos, intelectuales y abogados.

Su finalidad es dar a conocer, tanto para enfermos como no enfermos, los mecanismos e instrucciones de cómo poner fin a la vida cuando ésta se considere como insostenible ante una enfermedad.

Referente al aspecto de los movimientos a favor de la eutanasia, tenemos como resultado el caso de Holanda, en donde desde hace algunos años ya existía un reglamento el cual eximía de castigo al médico que practicara la eutanasia a petición de su paciente.

El núcleo de justificación para este tipo de resoluciones personales, se centra fundamentalmente en dos principios:

- a) “El principio de autonomía” del sujeto pasivo, por lo que tendría derecho a disponer de manera plena o absoluta sobre el destino de su propia vida, y
  
- b) Lo insoportable e inútil del dolor que acompaña al paciente antes y durante su muerte.

Nótese cómo este tipo de resoluciones personales son aspectos que en la reglamentación holandesa se contemplan como indispensables para dar paso inicial al procedimiento de eutanasia.

La Iglesia Católica ha identificado un pensamiento utilitarista de desinterés frente a las necesidades del paciente moribundo lo cual le provoca una verdadera debilidad espiritual y moral con respecto a su dignidad.

De igual manera, la Iglesia se ha mantenido fiel a los principios y valores rectores de la humanidad, compartidos por la mayoría de los hombres, manteniendo un estrecho contacto con especialistas en medicina, razón por la que se ha manifestado en documentos que han merecido el aprecio de gran parte de la opinión pública.

Estos son los principales documentos publicados en los últimos 21 años:<sup>45</sup>

- a) La Declaración sobre la Eutanasia (1980) publicada por la Congregación Encargada para la Doctrina de la Fe;
- b) El documento del Consejo Pontificio “*Cor Unum*”, *Cuestiones éticas relativas a los enfermos graves y a los moribundos* (1981);
- c) La Encíclica “*Evangelium Vitae*” (1995) del Papa Juan Pablo II, en particular los números 64-67 en donde se habla específicamente de la eutanasia;
- d) *Carta de los agentes sanitarios*, elaborada por el Consejo Pontificio para la Pastoral de la Salud (1995);
- e) *Consideraciones éticas de la Academia Pontificia para la Vida sobre la eutanasia a la luz de la razón iluminada por la fe* (9 de diciembre de 2000).

En estos documentos,<sup>46</sup> la Iglesia Católica no sólo se limita a definir la eutanasia como moralmente inaceptable en cuanto se entiende como la eliminación

---

<sup>45</sup> Cfr. *Ibidem*, p. 296.

<sup>46</sup> Cfr. *Ibidem*, p. 297.

deliberada de una persona inocente, sino que también ofrece todo un verdadero itinerario de asistencia al enfermo grave y al moribundo.

Estos documentos inspiran tanto en el aspecto de la ética médica, como en el aspecto espiritual, en el respeto a la dignidad humana, a los valores de la vida, de la fraternidad.

Estas breves consideraciones se suman a la constante enseñanza de la Iglesia Católica, la cual, tratando de ser fiel al principio de “actualizar” la mirada del hombre en el transcurso de la historia, sobre todo cuando éste es débil y sufre, es entonces cuando la Iglesia hace un anuncio que puede hallar eco para ser acogido por las personas.

### **2.2.3 OPINIÓN DE LA IGLESIA ORTODOXA DE ANTIOQUÍA EN MÉXICO**

La postura de la Iglesia Ortodoxa de Antioquía en México, es conocida por medio de las palabras de Mario Lara Martínez, quien al respecto comenta.

La denominación de *buena muerte* proviene del significado de la palabra eutanasia que se deriva de sus raíces griegas **eu** que significa “bueno” y **thánatos** que significa muerte, y que al traducir estas raíces en una forma literal, tenemos por consiguiente tal significado.

Los partidarios de la eutanasia dicen: “si la palabra significa buena muerte es precisamente lo que haremos y queremos, que es una buena muerte para todos aquellos enfermos incurables” y enarbolan el estandarte de “morir con dignidad”.<sup>47</sup>

¿Cuál es la postura de la Iglesia Ortodoxa? Por eutanasia se entiende el significado y el acto de llevar a cabo de manera intencional la muerte provocada en una persona con fines de alivio y el fin del dolor y sufrimiento, sin embargo la Iglesia desapruueba esta postura por la razón que la vida es un don de Dios y es del dominio común este principio religioso.

Definitivamente la opinión que si es un regalo, entonces se puede decidir hacer lo que se quiera con ese regalo como se haría con cualquier otro regalo, pero no hay que olvidar que la Iglesia considera que el hombre es un administrador de los bienes recibidos y entregará cuentas de su administración.

Se entiende que Dios es el que otorga el don de la vida y de igual manera sólo Él puede disponer de la misma, de una manera semejante, se aprecia que la voluntad y la decisión del hombre no puede alterar el destino de otras personas ni de sí mismo, y haciendo referencia sobre el destino del hombre, se fundamente en el hecho como que ya todo está escrito por la divinidad.

---

<sup>47</sup> Ibídem, p. 307.

Es por estas razones, entre otras tantas que el hombre, en términos generales debe respetar su vida así como la de sus semejantes ya que somos corresponsables de la vida de los demás, en virtud que nadie puede responder por el destino de otra vida.

Es por esto, que la voluntad suprema es que el hombre haga siempre lo bueno, y como el hombre sabe qué es lo bueno, si lo que uno juzga que es como bueno, el otro dice que es malo, ya que en un pueblo o cultura lo que es considerado como vicio, para otro puede ser considerado como una virtud.<sup>48</sup>

Desde el mismo punto de vista de la Iglesia Ortodoxa, explica que es necesario un árbitro universal que hace la diferencia entre lo bueno y lo malo.

No determinado por una cultura o una época, hace referencia de este árbitro universal, ya que es el mismo de ayer, de hoy y de siempre.

Refiere que para que el hombre se conduzca con una ética y moral supremas, es la divinidad quién establece esa línea.

---

<sup>48</sup> *Ibíd*em, p. 309.

## 2.2.4 UN PUNTO DE VISTA PROTESTANTE

Un punto de vista protestante explica por medio de uno de sus integrantes,<sup>49</sup> que el tema de la eutanasia es una realidad de la vida que se confronta ante situaciones difíciles como lo es el decidir entre la vida y la muerte, afrontarnos ante la realidad de lo frágil y breve que es la vida y de igual manera a la realidad de la enfermedad terminal con el dolor y el sufrimiento que ésta implica.

Explica al respecto que en los procesos naturales de la vida, tenemos muy bien identificado el apoyo del médico cuando al recién nacido se le da una pequeña “nalgada”, esto se entiende como un “apoyo médico” para iniciar la vida de ese ser, ante esta situación muy difícilmente entendemos el hecho que “nacimos para morir”.

Es por ello que en el transcurso de la vida, es verdaderamente insospechado pensar en la serie de dificultades y novedades así como de las sorpresas que esperan, así como de logros, pero también llegarán en la vida situaciones funestas, angustias y agonías ¿Eso es lo que representa la vida en una brevedad?<sup>50</sup>

---

<sup>49</sup> Abel Clemente Vázquez, integrante del Seminario Teológico Presbiteriano en México, A.C.

<sup>50</sup> Cfr. Cano Valle, Fernando, et al, Op. Cit., nota 18, p. 312.

Formula los siguientes cuestionamientos: *¿Qué hacer? ¿Cómo ayudar al enfermo a que termine su sufrimiento? ¿Cuál es la voluntad del paciente? ¿Cuál es la decisión de los familiares? ¿Qué hace la ciencia médica al respecto? ¿Es buena la decisión de prolongar artificialmente la vida, con el dolor y el sufrimiento correspondientes?*

Ante todas estas cuestiones tan difíciles de afrontar ¿Qué dice la religión y muy en particular a este caso, la creencia cristiana protestante? Para responder a estas interrogantes, responde Abel Clemente Vázquez que se consideran los siguientes postulados de la fe cristiana ante las realidades de la vida y la muerte del género humano:<sup>51</sup>

a) *No podemos crearnos. No produjimos nuestra propia vida y existencia;*

b) *La importancia de Dios, que le da el valor y la dignidad a los seres humanos, es “la imagen y semejanza” impresa por Dios en todos los seres humanos;*

c) *Dios delegó desde un principio, en los seres humanos, el cuidado, administración y cultivo de la creación, es decir, Dios dio*

---

<sup>51</sup> *Ibíd*em, p. 313.

*capacidades y responsabilidades propias a los seres humanos, depositando en ellos su confianza plena.*

Añade, que de igual manera ante el problema del sufrimiento y la muerte, y particularmente ante el problema de la eutanasia se aplican otros recursos como los siguientes:<sup>52</sup>

- a) *El acompañamiento pastoral que exprese el amor, la confianza, el consuelo y la fortaleza de la fe en medio del sufrimiento, de tal manera que el paciente no se sienta solo y abandonado.;*
- b) *Estimular la esperanza que la fe ha cimentado en el sentir del paciente. La fe cristiana en medio de las pruebas y sufrimientos contribuye a vencer la desesperación y el miedo;*
- c) *En la gran mayoría de los creyentes se rechaza la aplicación de la eutanasia, tanto activa como pasiva. Se espera que con el acompañamiento pastoral se luche por la vida del paciente terminal;*
- d) *En algunos casos reducidos, y sólo en casos sumamente extremos de dolor y sufrimiento, algunos creyentes creen que aceptarían la aplicación de la eutanasia, principalmente pasiva;*

---

<sup>52</sup> *Ibíd*em, pp. 315 y 316.

- e) *En otros sectores de las comunidades evangélicas se pide que se implementen programas de información y preparación con enfoque cristiano para el desenlace final;*
- f) *De manera oficial no existen decisiones eclesiales con respecto a la eutanasia, puede decirse que se rechaza, pero hay apertura para conocer pros y contras.*

La idea más generalizada es la de respetar la vida, luchar al máximo con el paciente.

### **2.3 DERECHOS HUMANOS Y EUTANASIA**

Para entrar en este tema es importante hacer una primera distinción elemental entre los conceptos “derechos fundamentales” y “derechos humanos”, con base en las definiciones del jurista español Antonio Enrique Pérez Luño,<sup>53</sup> los derechos fundamentales son derechos establecidos a nivel interno, y los derechos humanos son derechos naturales.

---

<sup>53</sup> Pérez Luño, Antonio Enrique, *Los Derechos Fundamentales*, 3ª. edición, Editorial Tecnos, Madrid, 1988, pp. 44 a 47. Este mismo autor en su obra *Derechos Humanos, Estado de Derecho y Constitución*, aborda con mucho más detenimiento este tema, ya que asegura que el término “derechos fundamentales” apareció por primera vez en Francia como resultado de la revolución como un movimiento político y cultural el cual condujo a la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano en 1789. Es por ello, que se han entendido estos derechos como los plasmados o positivizados en las Constituciones.

Refiere Pérez Luño en sus mismas palabras que los derechos humanos son “positivizados” en las declaraciones y en las convenciones internacionales, así como aquellas exigencias básicas relacionadas con la realidad en la sociedad, como son la dignidad, la libertad e igualdad de la persona.

Estos derechos fundamentales del hombre son por lo tanto garantizados constitucionalmente a los ciudadanos en un nivel personal, cuando éstos pertenecen a un determinado Estado; en tanto que los derechos humanos son los consagrados en la Constitución con validez general, pero con la característica que no se reducen a un determinado grupo social.

Es en este sentido que hay que diferenciar a los derechos humanos que tienen una esfera de acción mucho más amplia mientras que los derechos fundamentales poseen un sentido más estricto y preciso en virtud que sólo reconocen derechos propios o personales.

Es a partir de la materialización de los derechos humanos donde entra en relación con el derecho la bioética,<sup>54</sup> término que va ligado con la legislación sobre

---

<sup>54</sup>Larousse, Op. Cit., nota 1, p. 78. Rama de la ética dedicada a establecer principios para la correcta conducta del ser humano respecto a la vida, originados por la responsabilidad moral de los médicos y biólogos en sus por sus investigaciones y en la aplicación de sus descubrimientos.

los aspectos de la vida. La función de la bioética es promover el respeto a la dignidad humana, ya sea por parte del Estado o de otras personas y el respeto de la persona misma.

Entre la generalidad y abstracción de los derechos humanos que se encuentran en las leyes se debe tener especial cuidado de identificar el binomio bioético-jurídico. Como un claro ejemplo de ese binomio bioético-jurídico está la Constitución Española de 1978 (CE) y la Ley Fundamental de la República Federal de Alemania de 1949 (LFRFA), las cuales hacen una clara mención a la dignidad.

Constitución Española de 1978 (CE):

*“La Nación española, deseando establecer la justicia, la libertad y la seguridad y promover el bien en cuantos la integran, en uso de su soberanía, proclama su voluntad de: (...) Promover el progreso de la cultura y de la economía para asegurar a todos una digna calidad de vida (...).”*

Aún más preciso resulta el artículo 10 del título primero, denominado: “De los derechos y deberes fundamentales”, el cual establece:<sup>55</sup>

---

<sup>55</sup> Sánchez Barroso, José Antonio, *Voluntad anticipada*, México D.F., Editorial Porrúa S.A., 2012, p. 52.

1. *“La dignidad de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el libre desarrollo de la personalidad, el respeto a la ley y a los derechos de los demás son fundamento del orden político y de la paz social (...)”.*

Por su parte la LFRFA, en su artículo 1º titulado. “Derechos Fundamentales”, en el capítulo primero, impone ciertos principios rectores del sistema jurídico:

*“La dignidad humana es intangible. Respetarla y protegerla es obligación de todo poder público (...)”.*

Estas leyes dan el mejor ejemplo de cómo el concepto de dignidad humana se exalta como una estructura jurídica y política de cada Estado, los cuales han materializado el principio ético de los derechos humanos y no lo han hecho a modo de prohibición o en otro sentido, no lo hacen de forma tácita como una idea abstracta.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos se refiere en forma expresa por los derechos humanos y por la dignidad humana como algo

meramente casual, ya que su artículo 1º, del Capítulo de los Derechos Humanos y sus Garantías, se nota lo siguiente, primer y último párrafo, respectivamente:

*“En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de **los derechos humanos reconocidos en esta Constitución** y en los tratados internacionales de los que el Estado Mexicano sea parte, así como de las garantías para su protección, cuyo ejercicio no podrá restringirse ni suspenderse, salvo en los casos y bajo las condiciones que esta Constitución establece”.*

*“Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias sexuales, el estado civil o cualquier otra que atente **contra la dignidad humana** y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas”.*

El aspecto de la dignidad está planteado de una forma tácita, no hace referencia a ésta de una forma expresa y no está enunciada como un valor ético, su apreciación parece casual, sin un alcance o estimación en el sistema jurídico.

Esta falta de apreciación de la dignidad humana, se debe a un simple trayecto de la línea del tiempo, ya que la actual constitución tiene sus antecedentes desde 1917 y fue enfocada a atender los ideales liberales, los cuales surgen de la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano en 1789.

Es por ello que en su creación se ocupó más en otorgar y reconocer determinadas libertades hasta entonces no otorgadas, que en enfocarse en aspectos valorativos de la persona, es decir, nuestra constitución atiende más a aspectos liberales que conceptuales del individuo.

*“Muestra de esto, es que en el texto original de la Constitución de 1917 no se menciona en ninguna parte la palabra dignidad”.*<sup>56</sup> Las múltiples reformas constitucionales se abocan más hacia el sentido de la estructura político administrativa del Estado por un lado, y por otro a la fundamentación para la creación de otros ordenamientos jurídicos.

El único punto en donde aparece en forma expresa la referencia al aspecto de los derechos humanos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, se localiza en el artículo 1º, párrafo tercero, como resultado de un

---

<sup>56</sup> Cfr. *Ibidem*, p. 54.

decreto de reforma a la misma, publicada el 14 de agosto de 2001 en el Diario Oficial de la Federación:

*“Todas las autoridades, en el ámbito de sus competencias, tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar **los derechos humanos** de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad. En consecuencia, el Estado deberá prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a **los derechos humanos**, en los términos que establezca la ley”.*

En el ámbito constitucional el tema de la dignidad humana así como el de los derechos humanos, se establece que es obligación del Estado proteger y garantizar esa dignidad en la vertiente, primero, de una afectación o daño del exterior viniendo de otro sujeto, y en segundo lugar que se origine viniendo del mismo Estado.

Aunque, existe un debate por lo que resulte una tercera vertiente, que es la que se origina cuando la persona se pudiera afectar mediante acciones u omisiones del sujeto contra sí mismo. Es en estas acciones hacia el mismo individuo que se plantea lo siguiente: ¿Existe un derecho a morir?

De existir este derecho ¿puede elevarse al rango de derecho humano fundamental? ¿Puede incluirse en este derecho la eutanasia? ¿Qué derechos tienen los enfermos terminales?

Referente a la última pregunta que involucra a los derechos de los enfermos terminales, el primer ejemplo sobre legislación europea que trata este aspecto, surge en España el 1 de octubre de 1984, el Instituto Nacional de Salud publicó la Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes, este documento establece 16 derechos y 8 deberes de los pacientes.

Dos años después, en el Boletín Oficial del Estado Español, de fecha 29 de abril de 1986, se publicaron los Derechos y los Deberes de los Enfermos en la Ley General de Sanidad, en este documento se establecen 14 derechos y 4 obligaciones.

Adicional a este primer caso de legislación, se adicionan otros tres importantes documentos que aparecen en la Comunidad Económica Europea y en los Estados Unidos de Norteamérica, estos son:<sup>57</sup>

a) La Carta Médico-Social de Núremberg;

---

<sup>57</sup> Pérez Varela, Víctor M., Op. Cit., nota 41, p. 271.

- b) La Declaración del Comité Permanente de los Médicos de la Comunidad Económica Europea, y
  
- c) La Carta de los Derechos de los Enfermos de los Hospitales en Estados Unidos.

La creación de estos derechos de los enfermos contenidos en los dos primeros documentos de Europa, obedece al cambio radical que se da a la relación entre médico y paciente, y la finalidad de estos documentos, entre otras razones, son primordialmente:

1. Establecer una mayor conciencia de los derechos de la persona en todos los ámbitos, y mayor énfasis en la dignidad y libertad del ser humano que lo llevan a tomar su vida en sus manos y asumir sus propias decisiones;
  
2. La captación de que la práctica médica y hospitalaria estaba centrada en el médico y no en el enfermo;
  
3. En esta práctica médica y hospitalaria no se pretende despojar al enfermo de su personalidad, sino evitar en el peor de los casos que se

reduzca a un estado infantil en el que debía jugar un papel de “buen paciente” o tratarlo como un objeto;

4. Derivado del punto anterior, evitar que la figura del médico se agigantara lo cual propiciaba que se dieran por parte del médico relaciones que iban desde lo paternalista hasta lo despótico;
5. La socialización de la medicina y la mentalidad consumista hicieron aparecer la relación médico-enfermo desde el ángulo del consumidor, y al surgir los derechos del consumidor de igual manera nacen los derechos del usuario.

Del tercer documento, la Carta de los Derechos de los Enfermos de los Hospitales en Estados Unidos, se reconocen 12 derechos de los enfermos, entre éstos se destaca lo siguiente:<sup>58</sup>

1. El derecho a la atención respetuosa;
2. Ser informado en forma oportuna del diagnóstico;

---

<sup>58</sup> Cfr. *Ibidem*, p. 272.

3. El paciente tiene el derecho de rechazar el tratamiento dentro de los límites que permitan las leyes, no establece el derecho a la eutanasia;
4. Tiene derecho a la intimidad en sus decisiones y a la confidencialidad respecto de la información que se genere sobre su estado de salud;
5. A ser informado sobre el avance o deterioro de su estado y rehusar la experimentación médica, y
6. A conocer algunos aspectos del funcionamiento del hospital así como de los horarios de los médicos.

Para entender la relación de los derechos humanos con estas disposiciones que tratan sobre derechos de los enfermos en caso de enfermedad grave surge la siguiente pregunta ¿Qué valor jurídico tienen estos tres documentos?

Es de notar que estas cartas o códigos pertenecen a la esfera del derecho privado, es decir como una norma pactada entre los enfermos y el personal médico, excepto aquellos aspectos que pertenecen al derecho civil o penal según sea el caso, como por ejemplo, el secreto profesional y el cumplimiento de los contratos por la prestación de servicios.

Sin embargo, poco a poco en algunos países se comienzan a tomar medidas para que los derechos de los pacientes pasen a ser considerados como una rama del derecho civil.

Con esto es de notar que los derechos del paciente están apenas en sus comienzos, las reglamentaciones son útiles y necesarias pero falta mucho por lograr una verdadera legislación que trate sobre los intereses y deseos del paciente terminal ante su enfermedad.

#### **2.4 CLASIFICACIONES DE EUTANASIA Y TIPIFICACIÓN JURÍDICA**

Existen tres primeras clasificaciones, las cuales distinguen entre ***eutanasia activa, voluntaria y pasiva***.

La ***eutanasia activa*** la ejecuta una persona que no necesariamente es un médico, se aplica al paciente en enfermedad terminal con sufrimiento físico, una droga o sustancia que no le producirá un mayor dolor a sabiendas que le anticipará la muerte.

La ***eutanasia voluntaria*** se realiza por personal médico a petición del paciente terminal en estado de consciencia, con consentimiento informado por ambas partes, en forma expresa y escrita

Las diferencias principales entre ambas, es que la activa la ejecuta personal ajeno al área médica, la voluntaria se efectúa por un médico, existiendo intercambio de información escrita entre el paciente y el médico con la oportuna difusión de alternativas antes de su ejecución, como los casos de las legislaciones holandesa y belga.

En la **eutanasia pasiva** por orden de un tercero, no personal médico, se decide retirarle al enfermo en estado de inconsciencia, los aparatos o medicamentos que le mantienen vivo con el fin de acelerar su muerte, o bien se le niega el tratamiento que podría prolongar su vida, no es a petición del enfermo por el estado en que éste se encuentra.

La cuarta clasificación pertenece al concepto de **eutanasia no voluntaria**, es la que se practica sobre un “**paciente incompetente**” sin tomar en cuenta ni sus deseos ni su percepción de lo que constituye su propio bien.

En palabras del Médico Fernando Cano Valle.<sup>59</sup> “*La definición clínica de **paciente incompetente** es para aquel que no satisface los requisitos mínimos que permiten identificarlo como **competente para la toma de decisiones relacionadas con su salud**”.*

---

<sup>59</sup> Cfr. Cano Valle, Fernando, et al, Op. Cit., nota 18, pp. 6 y 7.

Es de precisar que este término de *paciente incompetente* es usado únicamente en el medio clínico y no se debe considerar erróneamente que éste sea empleado en la legislación mexicana.

Esta última clasificación, de **eutanasia no voluntaria** es la que se aplicó en el régimen nazi a los retrasados o deficientes mentales, es decir, en términos jurídicos, a aquellas personas ***incapaces legalmente***.<sup>60</sup>

Adicionalmente a estas personas, se realizaba en forma indiscriminada sobre cualquier otro individuo que pese a tener conocimiento sobre su bien personal era considerado por el régimen como deficiente o de raza inferior.

Las diferencias entre eutanasia pasiva y no voluntaria, son, que en la primera no hay una voluntad plena del enfermo por encontrarse en estado de inconsciencia y la ejecución se realiza por orden de un tercero, en la segunda se ejecuta en aquella persona que no tiene capacidad legal.

Primero es necesario comprender el significado de capacidad en términos jurídicos, que es la aptitud legal de una persona para ser titular de derechos y

---

<sup>60</sup>*Código Civil Federal*, artículo 22: La capacidad es el primer requisito que debe concurrir en todo acto o contrato. La capacidad es la regla general y la incapacidad lo excepcional.

obligaciones así como para poder ejercerlos por sí mismo y cumplir con sus obligaciones.<sup>61</sup>

Una definición sobre la capacidad de goce la encontramos en el artículo 22 del Código Civil Federal, que a la letra refiere:

*“La capacidad jurídica de las personas físicas se adquiere por el nacimiento y se pierde por la muerte; pero desde el momento en que un individuo es concebido, entra bajo la protección de la ley y se le tiene por nacido para los efectos declarados en el presente código.”*

En cambio, la capacidad de ejercicio se adquiere al llegar a la mayoría de edad.

La capacidad es una e indivisible y comprende los dos aspectos que la doctrina ha denominado como capacidad de goce y capacidad de ejercicio, de las cuales debe prevalecer la de goce ya que condiciona la segunda.<sup>62</sup>

---

<sup>61</sup>www.juridicas.unam.mx: Chávez Ascencio, Manuel F., *La capacidad jurídica*, México D.F., Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, 2004.

<sup>62</sup> www.juridicas.unam.mx: Capacidad de goce es la aptitud de la persona para adquirir derechos y obligaciones, en tanto que la capacidad de ejercicio es la aptitud del individuo para ejercer esos derechos y cumplir con sus obligaciones.

En el caso de la eutanasia pasiva es común que el sujeto no muestra actividad cerebral alguna, por lo que debe ser declarado muerto conforme a lo establecido en el artículo 343 de la Ley General de Salud.

**ARTÍCULO 343.** *Para efectos de este Título, la pérdida de la vida ocurre cuando:*

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

Para saber el concepto de muerte cerebral, la Ley General de Salud define lo siguiente:

**ARTÍCULO 344.** *La muerte cerebral se presenta cuando existen los siguientes signos:*

- I. Pérdida permanente e irreversible de conciencia y de respuesta a estímulos sensoriales;*
- II. Ausencia de automatismo respiratorio, y*

- III. Evidencia de daño irreversible del tallo cerebral, manifestado por arreflexia<sup>63</sup> pupilar, ausencia de movimientos oculares en pruebas vestibulares y ausencia de respuesta a estímulos nociceptivos.<sup>64</sup> Se deberá descartar que dichos signos sean producto de intoxicación aguda por narcóticos, sedantes, barbitúricos o sustancias neurotrópicas. Los signos señalados en las fracciones anteriores deberán corroborarse por cualquiera de las siguientes pruebas:*
- a) Angiografía cerebral bilateral que demuestre ausencia de circulación cerebral, o*
  - b) Electroencefalograma que demuestre ausencia total de actividad eléctrica cerebral en dos ocasiones diferentes con espacio de cinco horas.*

La misma ley autoriza en el artículo 345 que el cónyuge, concubinario o concubina, descendientes, ascendientes, hermanos, adoptante o adoptado soliciten o den la orden para que se prescinda de los medios artificiales que prolongan la vida de quien presenta muerte cerebral comprobada:

---

<sup>63</sup> Larousse, Op. Cit., nota 1, p. 51. Ausencia total de reflejos neurológicos, ya sea centrales (como los efectos en pupilas) o periféricos, indica depresión severa de las funciones del sistema nervioso, se caracteriza por la ausencia de reflejos por una afección neurológica o por trastorno neurológico.

<sup>64</sup> *Ibíd*em, p. 443, Del latín *nocere*, dañar y *capere*, coger. Que capta las excitaciones dolorosas.

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

Por último, la quinta clasificación es la ***eutanasia involuntaria***, es la que se impone a una persona, no necesariamente paciente, en contra de su voluntad, pero contraviniendo sus propios deseos, se aplica a personas incompetentes legalmente hablando y ésta no tiene ninguna justificación válida en el marco de nuestra legislación.

Esto no se acepta por la razón de que al individuo se le considera una persona con derechos y aunque ésta no se apega al entorno de encontrarse en un estado de enfermedad terminal ni aunado a esto padece una situación de terrible dolor.

Esta clasificación de eutanasia existió históricamente hablando, como fue el caso de la polis de Esparta, donde los recién nacidos con alguna malformación

eran abandonados a su suerte a modo de proceso selectivo, esto no cabe en nuestra legislación ni en ninguna otra legislación de algún país desarrollado.<sup>65</sup>

Aunque pareciera que existen semejanzas eugenésicas entre la eutanasia no voluntaria y la involuntaria, la principal diferencia en la primera es que se ejecuta en personas que tienen un determinado periodo de vida después del nacimiento, sin embargo la segunda se ejecuta al momento del nacimiento.

Para finalizar este apartado no menos importante es conocer el significado de la **ortotanasia**, la cual será de gran utilidad en el análisis jurídico; o mejor conocida como muerte digna, su principal característica es el debido actuar por parte del personal médico que atiende al enfermo terminal ante la proximidad del final de su vida.

La característica principal es que no emplea medios desproporcionados o extraordinarios para el mantenimiento de la vida, aplicando tratamientos paliativos<sup>66</sup> para evitar el sufrimiento, recurriendo a las medidas razonablemente posibles hasta que llegue la muerte.

---

<sup>65</sup>Véase página 15, los antecedentes históricos de la eutanasia involuntaria en la cultura griega.

<sup>66</sup> Larousse, Op. Cit., nota 1, p. 466. Dícese de lo que puede mitigar o atenuar. Clínicamente es el tratamiento con la participación del paciente terminal y los familiares, atendidos por un equipo multidisciplinario como una unidad, promoviendo la calidad de vida, dignidad y autonomía, la meta es dar calidad de vida sin intentar alargar la supervivencia.

## **2.5 SITUACIÓN JURÍDICA A NIVEL INTERNACIONAL Y CONCEPTOS RELACIONADOS**

En diferentes países del mundo se han dado movimientos a favor de legalizar la eutanasia, ante los cuales han surgido respuestas bien organizadas para mostrar su oposición respondiendo con argumentos en contra de estos movimientos.

Uno de estos argumentos es que una solución factible es el desarrollo de los métodos paliativos; la eutanasia como tal es un tema bastante difícil y por lo mismo muy pocos países han establecido leyes al respecto, como es el caso de los Países Bajos y Bélgica.

Es por ello que a continuación se muestra una situación comparativa en diferentes países que han encontrado diversas posturas en el tema de la muerte asistida. Esto servirá a modo de establecer un derecho comparado.

### **2.5.1 ALEMANIA**

En Alemania el término “eutanasia” evoca nada gratos recuerdos por las prácticas efectuadas al amparo del programa eutanásico de Hitler y que no es el mejor precedente para abordar temas éticos y jurídicos en la legislación alemana actual.

De hecho, es habitual que se evite emplear este vocablo de “eutanasia” y se sustituya por otros términos con otro contenido neutro como “ayudar a morir” y algunos otros de similar enfoque emocional.

En el derecho alemán el término eutanasia si no está prohibido por la ley, sí está excluido en la legislación, en el mismo sentido no existe una legislación especial al respecto.

Ni los tribunales han elaborado una jurisprudencia precisa en la que existan intentos por legislar sobre el tema, ya que han sido los hospitales y la práctica científica los encargados de desarrollar las directrices que deben guiar la ayuda a bien morir.

La instigación o el auxilio al suicidio no están penados, salvo que el sujeto pasivo sea inimputable o se utilicen amenazas o violencia, y se admite tanto la ayuda a morir en forma pasiva a petición del paciente como la ayuda a morir indirecta; con esto, los tribunales suelen ser bastante cautelosos a la hora de dejar impunes los auxilios para el suicidio.

En la legislación alemana no existe el deber de someterse a los tratamientos clínicos, los médicos tampoco tienen como objetivo principal el alivio del dolor aún a costa del acortamiento de la vida.

Así mismo es aceptado que los tratamientos no indicados médicamente pueden ser suprimidos incluso sin autorización de los pacientes.

Muy distinta es la ayuda a morir en forma activa, es decir a solicitud del paciente, que se encuentra legislada en la hipótesis normativa prevista en el artículo 216 del Código Penal Alemán.

Este artículo es relativo al homicidio consentido, con una sanción entre seis meses y cinco años, lo cual es inferior a la pena del homicidio simple como lo refiere el artículo 212 del mismo ordenamiento, en atención al consentimiento serio, expreso y prestado por el sujeto pasivo.

En 1986 un grupo de penalistas y médicos publicó el *Proyecto Alternativo de Ley Regulatoria de la Ayuda a Morir*, en el que se admitía la ausencia de una solución jurídica clara y satisfactoria para todos.

Para los autores de este proyecto, el legislador ha guardado silencio por largo tiempo y la jurisprudencia del Tribunal Supremo no ha resuelto las dudas existentes, sino que ha acentuado la sensación de inseguridad en la que se desenvuelven los médicos con sentencias ambiguas y en ocasiones contradictorias.

Es por ello que se pretendía una regulación legal clara y precisa que reconozca el derecho de autodeterminación de los pacientes y la admisibilidad de la llamada eutanasia pasiva mediante la interrupción u omisión de un tratamiento de prolongación de vida.

De igual manera se pretendía la regulación de la eutanasia indirecta u ortotanasia mediante la administración de medidas aliviadoras del dolor a costa del acortamiento de la vida; conocido como Proyecto de ley número 836 de 1988.

En este proyecto se pretendía compaginar la voluntad de morir del paciente con prácticas médicas adecuadas como la interrupción u omisión de medidas para mantener la vida.

El texto del párrafo 214 del Código Penal Alemán, niega la antijuricidad a la conducta de interrupción de medidas para conservar la vida, siempre que el

paciente lo solicite expresamente, haya perdido de manera irreversible la conciencia o nunca la haya poseído, sea incapaz permanentemente para manifestarse, o las medidas sean inútiles.

Por el contrario, la ayuda de morir en forma activa, es una conducta antijurídica, si bien es deseable que se pueda no imponer la pena en los casos que, a juicio del tribunal son realmente excepcionales.<sup>67</sup>En este último caso, el texto del artículo 216 del C.P.A. establece lo siguiente:

1. Será castigado con pena de prisión de seis meses a cinco años quien cometa un homicidio a solicitud expresa y seria de quien no quiere vivir;
2. El juez puede dispensar de la pena en los supuestos del apartado 1, cuando el homicidio sirve para acabar con un estado de padecimiento grave e insoportable para el afectado, que no puede ser mediado o atenuado por medio de otras medidas.

Para los autores del Proyecto de ley número 836 de 1988, la vida sigue siendo inviolable, aunque en casos extremos se puede llegar a entender que no conviene aplicar una pena.

---

<sup>67</sup> Álvarez Gálvez, Íñigo, Op. Cit., nota 38, p. 225.

De esta manera no se crea un derecho al homicidio solicitado ni un deber jurídico de matar a otro, por otro lado los derechos e intereses del sujeto activo quedan suficientemente garantizados con la posibilidad de la dispensa de la pena sin que sea necesario crear una causa de justificación.<sup>68</sup>

Para los autores del proyecto, es innecesaria la ayuda a morir en forma activa, pues con la ayuda a morir pasiva e indirectamente y la no intervención en el suicidio, se puede acabar casi en todos los casos con el hecho que los pacientes soliciten la muerte.

### 2.5.2 ARGENTINA Y BOLIVIA

En 1937 se dio un proyecto al Código Penal de Argentina, el cual expresaba: *“En los casos de homicidio simple y parricidio, filicidio, conyugicidio, se impondrá prisión de uno a seis años, al que lo cometiere movido por un sentimiento de piedad, ante el dolor físico de la víctima si fuere intolerable y las circunstancias evidenciaren la inutilidad de todo auxilio para salvar la vida del sufriente”*.

Otro proyecto de ley en el mismo Código Penal de Argentina se presentó en 1941 con el siguiente texto: *“Si el autor obrase por móviles piadosos, y en caso de consentimiento mediante instancias apremiantes del interesado, la sanción será*

---

<sup>68</sup> *Ibíd*em, p. 226.

*de uno a tres años*". Ambos proyectos al Código Penal argentino no fueron aprobados por el Congreso.

Actualmente el Código Penal Argentino, prevé en su artículo 41 como circunstancia atenuante la de actuar por móviles altruistas tales como la piedad. En cualquier caso el artículo 79 del mismo, establece que la eutanasia se castiga como homicidio simple con una pena de ocho a veinticinco años de prisión o como homicidio atenuado con uno a seis años de cárcel como la refiere el artículo 81.

En Bolivia se presentó un proyecto de reforma en 1935, el cual no fue aprobado, el cual a la letra expresaba: *"El que matare a otro por favor y a su instancia, con el fin de evitarle los sufrimientos y las penas de una enfermedad tenida por incurable, será reprimido con una pena de cuatro a ocho años de presidio o dos a seis años de reclusión"*.

### **2.5.3 AUSTRALIA**

Varias dificultades se han planteado desde 1933 con los intentos de legalizar la asistencia médica al suicidio y la eutanasia activa, ya que el Proyecto de Ley para la Muerte Voluntaria y Natural de ese mismo año, propuesto en el

Territorio Capital de Australia y que más tarde fue retirado, regulaba tanto la eutanasia activa como la pasiva.

Para este fin, el paciente podía dar instrucciones verbales o escritas, siempre revocables, a su médico, en presencia de varios testigos que no fueran parientes ni beneficiarios, además, era posible otorgar poderes de larga duración, siempre que el ponderante fuera enfermo terminal.

El apoderado recibía la información completa de diagnóstico y pronóstico del caso y que el médico considerara razonable que el sujeto pasivo desearía la muerte si estuviera en condiciones de tomar la decisión.

En cualquier caso, el médico debía consultar y obtener el consentimiento de otro médico independiente, por último se consideraba la posibilidad que el paciente se suministrara la medicación oportuna.

El Proyecto de Ley para el Tratamiento Médico con Asistencia a los Moribundos de 1994 establece los requisitos necesarios de admisión para la asistencia médica al suicidio, que son los siguientes:

- a) Debe tratarse de un paciente adulto;
- b) El médico debe estar seguro que el paciente se encuentra en la fase terminal de la enfermedad;
- c) La probabilidad de vida no supera los doce meses;
- d) La enfermedad debe provocar un grave dolor, sufrimiento y angustia;
- e) El médico debe informar al paciente del diagnóstico, pronóstico y de posibles alternativas;
- f) No debe existir otro tratamiento médico razonablemente aceptable para aliviar el dolor;
- g) Debe ser el paciente quien transmita al médico su deseo de morir;
- h) El médico debe cerciorarse que el paciente es capaz y ha tomado su decisión libremente;
- i) El paciente o su representante, debe firmar en presencia del médico el documento mediante el cual se certifique la solicitud de ayuda médica a morir, y
- j) El médico no debe tener motivos para pensar que alguien obtendrá beneficios económicos directos o indirectos con la muerte del paciente.

Adicional a esto se establecen medidas cautelares para asegurar en lo posible la autonomía de las personas que intervienen, ya que así son perseguidos legalmente los que engañen o intimiden al sujeto pasivo para que firme el

certificado o a los testigos para que estén presentes o refrenden los documentos firmados por el enfermo.

Igualmente se castigan las irregularidades con la pérdida de los beneficios económicos que los causahabientes u otras personas pudieran obtener con la muerte del sujeto pasivo.

El control de los casos de eutanasia o auxilio al suicidio se asegura mediante la obligación que tiene el médico de hacer del conocimiento del forense todos los casos para su información posterior al Parlamento.<sup>69</sup>

En este país se sostiene un intenso debate sobre la conveniencia de legalizar o no la eutanasia y siguen muy de cerca lo que sucede en los países en los que se ha legalizado.<sup>70</sup>

En el territorio norte de Australia estuvo legalizada la eutanasia por nueve meses en forma intermitente de 1966 a 1997.

---

<sup>69</sup> *Ibíd.*, p. 221.

<sup>70</sup> Cfr. Álvarez del Río, Asunción, *Op. Cit.*, nota 17, pp. 179, 180 y 181.

Tanto la eutanasia pasiva como la indirecta u ortotanasia son admitidas ampliamente en Australia; la activa plantea más problemas pero aun así se ha notado un cambio de la opinión pública en favor de ésta.

En Victoria, la Ley para el Tratamiento Médico de 1988 permitía a los pacientes negarse a recibir tratamiento médico con excepción de las medidas necesarias de mantenimiento y alivio del dolor.

Otra ley posterior a 1990 autorizaba a terceras personas apoderadas para actuar en nombre de los sujetos pasivos.

Igualmente tanto en Australia Sur y Norte, han aparecido en la década de los ochenta diversas leyes sobre la muerte natural que dan validez a las declaraciones que establezcan el deseo de no ser mantenido con vida si se sufre de una enfermedad terminal.

En el Territorio Capital de Australia, el Proyecto de Ley para el Tratamiento Médico de 1994 regulaba el derecho de todo individuo a negarse al tratamiento médico y a nombrar un representante.

#### 2.5.4 BÉLGICA

El Senado belga dio vía libre a la despenalización de la eutanasia, publicándose la ley el 16 de enero de 2001, entre lo más destacado se encuentra:

1. “Se aprueba al proyecto de ley de despenalización de la eutanasia, en donde se especifican las condiciones en las cuales los médicos no cometerán infracciones al ayudar a morir”;
2. “La solicitud de eutanasia deberá ser formulada en forma voluntaria, reflexionada con madurez, de forma persistente y sin presiones externas”;
3. “La petición del paciente deberá formularse por escrito, aunque se podrá contar con un testigo capaz de entender y traducir la voluntad del enfermo cuando lo primero no sea posible”; y
4. “La petición podrá ser reiterada en cualquier momento y el médico deberá informar al paciente de los cuidados intensivos existentes”.

El caso de Bélgica es interesante, por el hecho que a diferencia de Países Bajos, es un país predominantemente católico, aspecto que podría ser un

impedimento para la legalización de la eutanasia, tal vez su mayor influencia podría ser la proximidad de un país con otro, lo que le ha permitido adoptar una legislación similar a la holandesa.<sup>71</sup>

En Países Bajos y Bélgica, la eutanasia se aplica desde 2002 con base a procedimientos bien definidos en la ley, son los siguientes procedimientos en común:

1. El médico presta una ayuda directa y activa en la muerte del paciente, proporcionando medicamento específico para acelerar su muerte, administrado por vía intravenosa u oralmente;
2. De igual manera, está permitido que en la opinión del paciente, bajo ciertos lineamientos, sea este mismo quien se administre el procedimiento.

Del último caso se trata de un suicidio médicamente asistido como lo refiere la ley holandesa.

Sin embargo en Bélgica es requisito indispensable que el médico permanezca cerca del paciente hasta que ocurra la muerte y en ocasiones debe

---

<sup>71</sup> Cfr. *Ibidem*, p. 179 y - Cano Valle, Fernando, et al, *Op. Cit.*, nota 18, p. 51.

intervenir activa y directamente en caso que el paciente vomite la bebida preparada con los medicamentos.

3. En ambos países los médicos no están obligados a practicar la eutanasia si no les parece, lo que se entiende que esto es un derecho que se le otorga al médico de elegir si participa o no, ningún personal sanitario está obligado a practicarla aun a solicitud del paciente;
4. Si bien generalmente se aplica a pacientes cuya expectativa de vida es de días o de semanas, no se fija como requisito un lapso de expectativa de vida.

En Bélgica sí es un requisito que la muerte se espere en un tiempo muy corto, ya que debe pasar al menos un mes entre la solicitud del paciente y la eutanasia.

La legalización permite el control de la práctica, la cual queda restringida a ciertas condiciones.

### 2.5.5 CANADÁ

En Canadá no existe una regulación específica sobre el tema, sin embargo la eutanasia pasiva es admitida desde el momento en que se reconoce el derecho del paciente a rechazar el tratamiento médico y la posibilidad de suspender las terapias inútiles, lo mismo ocurre con la eutanasia indirecta u ortotanasia.<sup>72</sup>

Un aspecto muy distinto es el auxilio al suicidio, el cual se castiga en el artículo 241 del Código Penal Canadiense y el artículo 231 del mismo ordenamiento equipara a la eutanasia activa con el asesinato en primer grado, es decir, como intencional y premeditado.

Aunque la postura de la jurisprudencia canadiense sigue la pauta de la penalidad en estos casos, hay ejemplos excepcionales que muestran situaciones discrepantes.

Un ejemplo de esto es el voto emitido por el Magistrado del Tribunal Supremo, Antonio Lamer en el caso de Sue Rodríguez.

---

<sup>72</sup> Cfr. Álvarez del Río, Asunción, Op. Cit., nota 17, pp. 181 y 182.

En éste, la paciente enferma de esclerosis lateral amiotrófica, solicitó al Tribunal Superior de la Columbia Británica que dictara una resolución para que se declarara nula la sección 241 (b) del C.P.C., el cual castiga el auxilio al suicidio y se permitiera a un médico le ayudase a morir.

El Tribunal desestimó su petición y de igual manera lo hizo el Tribunal de Apelación. El magistrado Lamer entendió que se producía una evidente desigualdad entre los pacientes físicamente capaces y los incapaces si a estos últimos se les impedía ser ayudados por otros a suicidarse, cosa que sí pueden hacer impunemente los primeros.

Es por ello que el magistrado consideró admisible el auxilio al suicidio siempre que se dieran las siguientes condiciones:

- a) Que el sujeto pasivo presentara ante el Tribunal Superior su solicitud;
- b) Previamente debía ser calificado por el médico que le tratara y por un psiquiatra independiente como una persona capaz;
- c) Los profesionistas anteriores certifiquen que el consentimiento era prestado en forma libre;
- d) Los médicos certifiquen que el solicitante era o devendrá como incapaz físicamente;

- e) El paciente entendía su derecho a cambiar de opinión;
- f) Notificar de todo esto al forense regional, permitiendo su asistencia;
- g) El paciente fuera examinado a diario por uno de los médicos, y
- h) Que el acto que causa la muerte fuera aquel que realizara el mismo solicitante y no el de ninguna otra persona.

La mayoría de los jueces en el Parlamento rechazó esta propuesta así como otras para la despenalización de la eutanasia activa, no obstante se ha creado un Comité Especial sobre Eutanasia y el Auxilio al Suicidio encargado de estudiar la cuestión, aunque es probable que la regulación actual se mantenga sin cambios.

En abril de 1994, la Asociación Médica Canadiense afirmó en su Declaración sobre la Muerte con Asistencia Médica que cada médico debería decidir en conciencia y que la Asociación como tal no tomaría ninguna posición al respecto, lo que parece que en cualquier caso, la opinión médica está cambiando y haciéndose más permisiva.<sup>73</sup>

---

<sup>73</sup> Álvarez Gálvez, Íñigo, Op. Cit., nota 38, p. 237.

## 2.5.6 COLOMBIA Y PERÚ

El Código Penal de Colombia de 1936 en su artículo 368 refiere textualmente: *“El ocasione la muerte con su consentimiento, estará sujeto a la pena de tres a diez años de presidio”*.

Por otra parte el artículo 364 del mismo código expresa: *“Si se ha causado el homicidio por piedad, con el fin de acelerar una muerte inminente o de poner fin a graves padecimientos o lesiones corporales, reputados incurables, podrá atenuarse excepcionalmente la pena, cambiarse el presidio por prisión o arresto, y aun aplicarse el perdón judicial”*.

En Colombia la Corte Constitucional aprobó en 1997 una ley que permite la eutanasia pero ésta no ha sido ratificada a la fecha por el parlamento. En Uruguay de igual forma, no se encuentra ratificada la ley.

En Uruguay se necesita adecuar la legislación, pero los casos por “muerte piadosa” han sido absueltos. Tanto en Colombia como en Uruguay, la muerte asistida se considera parte de la atención médica.<sup>74</sup>

---

<sup>74</sup> Cano Valle, Fernando, et al, Op. Cit., nota 18, p. 71.

El Código Penal Peruano sí tiene un precepto específico y atenuado sobre la eutanasia, es el caso del artículo 112, que trata en relación al homicidio, pues prevé una pena de hasta tres años para el autor que mate por piedad a un enfermo incurable que sufra de dolores intolerables, previa solicitud expresa y consciente del mismo.<sup>75</sup>

Colombia y Uruguay han revisado sus leyes para reconocer que hay situaciones en que lo mejor para el enfermo es acelerar su muerte y evitar su sufrimiento.

### **2.5.7 ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMÉRICA**

En 1977 surge en Estados Unidos el “Testamento en Vida” (Living Will) que abre una nueva fase en el tema de la voluntad del enfermo terminal. Éste es un documento legal en el cual un adulto competente ordena que cualquier tratamiento que prolongue la vida no le sea aplicado ante ciertas circunstancias.

El Estado de California aprobó la primera ley del “Testamento de Vida” en los Estados Unidos, entre sus principales características se tiene: Esta ley se hace operativa después de que se ha diagnosticado al declarante como enfermo de

---

<sup>75</sup>Álvarez Gálvez, Íñigo, Op. Cit., nota 38, p. 236.

muerte por dos médicos competentes y si la paciente está embarazada no tiene efecto mientras el embarazo subsista.

En 1983 se aprueba en el mismo Estado de California la primera Ley del Poder Notarial de Duración Indefinida (L.P.N.D.I.) para el cuidado de la salud, la cual consiste en que el declarante nombra un apoderado para que lleve a cabo sus deseos expresos y para que tome cualquier decisión necesaria en caso de que el otorgante quede incapacitado.

Las restricciones que esta ley (L.P.N.D.I.) tiene señaladas como primordiales son: que el apoderado no está autorizado para ordenar un aborto, una esterilización, un tratamiento de shock o una psicocirugía. Desde entonces la mayor parte de los Estados simplemente han extendido sus L.P.N.D.I. para efectos de propiedades y para tomar decisiones acerca del cuidado de la salud.<sup>76</sup>

En Estados Unidos así como en Reino Unido de la Gran Bretaña, hay movimientos que consideran la muerte asistida dentro del contexto de la atención médica y defienden el derecho a una muerte digna, como es el caso de la Sociedad de la Eutanasia de los Estados Unidos creada en enero de 1938, en 1988 cambió su nombre por Sociedad para el Derecho a Morir.

---

<sup>76</sup> Sotelo Salgado, Cipriano, Op. Cit., nota 3, p. 206.

Entre sus primeros integrantes se encontraba Margaret Sanger quien ya había fundado la organización proabortista Paternidad Planificada y el Pastor Episcopal Joseph Fletcher. La sociedad tenía por objeto la legalización de la “muerte por piedad” para aquellos que sufrieran dolor intolerable y quisieran morir.

La Sociedad de la Eutanasia de los Estados Unidos introdujo un proyecto de ley en la Legislatura del Estado de Nueva York, que no fue aprobada y ha cambiado tanto su nombre como las tácticas, pero sus objetivos siguen siendo los mismos.

Estos proyectos de ley son los que han inspirado otras iniciativas para la “muerte por piedad” que han aparecido en legislaturas de otros cuatro estados en 1969 y 1977, éstas se han asemejado unas a otras y que a su vez han sido tomadas de un proyecto de ley británico de 1977, todas fueron desechadas como fue el caso del Estado de Montana que fracasó por diferencia de un solo voto.

En las décadas de los sesenta y setenta se presentaron diversos proyectos de ley sobre cuestiones referentes a la eutanasia, todos fueron fallidos. En 1975 quince Estados habían rechazado iniciativas legislativas.

Es hasta octubre de 1976 que se aprobó en California la primera Ley para la Muerte Natural que reconocía la validez de los testamentos vitales y afirmaba el derecho de los individuos a morir de un modo natural y digno.

Después de esta ley, otros Estados ha aprobado otras leyes similares, un ejemplo reciente es la Ley para la Muerte Digna de Óregon aprobada en noviembre de 1994, la cual establece que:

*“Un adulto al cual se le haya diagnosticado una enfermedad terminal tanto por el facultativo que le atiende como por el facultativo superior puede realizar una petición por escrito para que se le suministre la medicación necesaria para poner fin a su vida de una manera humana y digna”.*

El paciente deberá ratificar su solicitud por dos veces, la primera tras 72 horas y la segunda tras 8 horas, además, el médico le preguntará por última vez antes de darle la medicación.

Aunque la ley fue aprobada por más de la mitad de los votantes de Óregon, fue “paralizada” por el juez Michael Hogan a petición de algunos grupos médicos y religiosos temerosos de los abusos que se podrían producir y de la indefensión en que se deja a los enfermos terminales.

Sobre el auxilio médico al suicidio de pacientes terminales, una de las resoluciones más importantes fue la emitida por el caso “Compasión de la Muerte vs. el Estado de Washington” por un Tribunal Federal del Estado de Washington.

Esta resolución afirma que, basándose fundamentalmente en los casos Casey y Cruzan, las normas que penalizan el auxilio al suicidio constituyen una invasión del interés legítimo de las personas al desear que un facultativo coadyuve a su muerte.

De acuerdo con el Tribunal, la Decimocuarta Enmienda que protege determinados ámbitos de libertad inherentes a la dignidad y autonomía de la persona, utilizada como fundamento en el caso Cruzan, es también aquí aplicable.

Esto consiste en que no se puede establecer ninguna distinción entre el hecho de negar un tratamiento de alargamiento de la vida, como fue el caso Cruzan, y el hecho de auxiliar al suicidio de un enfermo terminal, libre y capaz que lo solicita.<sup>77</sup>

Por otro lado, el castigo del auxilio al suicidio hace una distinción de trato insostenible pues en definitiva, los pacientes mantenidos artificialmente podrían adelantar su muerte mientras que los enfermos terminales no podrían hacerlo.

---

<sup>77</sup> Cfr. Álvarez Gálvez, Íñigo, Op. Cit., nota 38, p. 224.

No se puede negar el interés legítimo en las prácticas de auxilio médico al suicidio ni el temer riesgos o abusos es justificación suficiente para perseguir penalmente este comportamiento, ya que de igual manera pueden existir riesgos en los tratamientos vitales, por ello el Estado de Washington ha reconocido el derecho de los individuos, incluso incapaces, a interrumpir el tratamiento.

Si el estado teme abusos, éste puede adoptar las medidas cautelares pertinentes para evitarlos como lo hizo en los casos “Stone y Winslade, sentencia número 384 de 1996.

Entre las condiciones que deben cumplirse para que sea admisible la eutanasia, se debe verificar lo siguiente:

- a) Que el sujeto pasivo sea un adulto competente;
- b) Sufrir una enfermedad terminal o que la situación en que se encuentre le provoque un sufrimiento grave e intolerable;
- c) La solicitud que el paciente dirige al médico no esté motivada por falta de cuidados o malestar emocional o económico;
- d) Deben obtenerse opiniones de terceras personas sobre el diagnóstico y pronóstico del paciente y sobre su decisión de adelantar su muerte;
- e) Dejar periodos de espera mínimos entre la decisión del paciente y la efectiva puesta en práctica;

- f) Confirmarse en el último momento que esa decisión no se ha modificado;
- g) En los momentos oportunos deben estar presentes testigos que no sean parientes ni beneficiarios;
- h) Debe ser el médico de cuidados primarios el que intervenga en la ayuda de la muerte, siempre que no decida mantenerse al margen por motivos personales.

En Oregón, EE. UU., la eutanasia tiene legalizado un debido procedimiento de solicitud y ejecución desde 1999.

### **2.5.8 FRANCIA**

En Francia no existe una regulación específica sobre eutanasia, conforme al artículo 221.1 del Código Penal Francés, se asimila al homicidio sin tener en cuenta el móvil del sujeto activo o el consentimiento del sujeto pasivo, esto conlleva a la aplicación de penas excesivamente severas y desproporcionadas que muchos jurados se niegan a admitir.<sup>78</sup>

---

<sup>78</sup> Cfr. Álvarez del Río, Asunción, Op. Cit., nota 17, pp. 181 y 182.

Esta negación se crea si se toma en cuenta que el auxilio al suicidio es impune por el principio de accesoriedad de la participación, sin embargo la provocación al suicidio y la propaganda de éste sí están penadas en los artículos 223.13 y 223.14 del C.P.F.

Como resultado de esto, no es raro que se pronuncien veredictos absolutorios para evitar la aplicación de penas poco razonables, incluso cuando los jueces deben condenar, las penas impuestas suelen ser más simbólicas que reales.

La eutanasia pasiva y la eutanasia indirecta u ortotanasia son admitidas socialmente sin que se planteen demasiados problemas aunque es necesaria su regulación legal.

En este sentido, la Asociación por el Derecho a Morir con Dignidad presentó una propuesta en la que se defendían los derechos de los testamentos vitales dirigidos a evitar ser mantenido artificialmente con vida y para que se administraran los fármacos necesarios para el alivio del dolor aun a costa de adelantar la muerte.

No ocurre lo mismo con la eutanasia activa, ya que desde las propuestas de Henri Caillavet del 17 de abril de 1978 los proyectos de regulación no han tenido éxito alguno.

El proyecto Caillavet trataba sobre el derecho a vivir la propia muerte y evitar que se mantuviera artificialmente con vida a personas que padecieran una afección incurable, para ello era necesario que el paciente hiciera una declaración ante dos testigos mayores de edad.

No obstante la dureza de la regulación penal ha tenido un efecto contrario al que se pretendía ya que los jueces son reacios a aplicar las penas correspondientes al homicidio en los casos de eutanasia.

En general, se benefician de este sentir judicial los supuestos en los que la persona que muere, padecía una enfermedad incurable, progresiva y mortal, con dolores físicos intolerables persistentes que no podían ser aliviados por ningún medio terapéutico conocido.

En cualquier caso, la falta de certeza jurídica es patente y la situación legal no parece que vaya a cambiar en un futuro inmediato ya que con la entrada en

vigor del nuevo Código Penal el 01 de marzo de 1994 se perdió una buena oportunidad de regular claramente la eutanasia.<sup>79</sup>

En el caso particular de Francia, no se había tocado el tema antes de septiembre de 2003, sin embargo a partir de este año se reabrió el debate de la eutanasia con la muerte del joven Vincent Humbert de 22 años que vivió tres años tetrapléjico, ciego y mudo, tras sufrir un accidente.

Después que fracasaran la familia y los asesores legales en sus solicitudes para que el presidente Jacques Chirac otorgara la autorización al joven para morir, la madre de Vincent en un intento desesperado le inyectó una dosis de barbitúricos.

La intervención oportuna de los médicos impidió la muerte de Vincent, quien estuvo en coma por dos días, hasta que murió cuando los médicos decidieron retirarle la respiración asistida para honrar los deseos que había expresado antes de caer en coma.

Durante los tres años que Vincent vivió tetrapléjico, se comunicaba “clavando” el pulgar en la palma de la mano de un interlocutor el cual le indicaba un

---

<sup>79</sup> Álvarez Gálvez, Íñigo, Op. Cit., nota 38, p. 233.

alfabeto y así escribió un “libro testamento” en el que reclamaba su derecho a morir.

El ministro de Justicia pidió que se tratara a la madre de Vincent con la mayor clemencia, y el médico Frédéric Chaussoy, quien asumió la responsabilidad por la desconexión del respirador artificial, podría enfrentar una investigación penal, éste comentó que habría podido mentir e inventar “alguna complicación cardíaca”, como se hace comúnmente, pero prefirió decir la verdad.<sup>80</sup>

Así como se conocen estas solicitudes judiciales para recibir la muerte asistida, se ha sabido de acciones desesperadas de personas que terminan con la vida de algún familiar para poner fin a su sufrimiento y como saben que corren el riesgo de ser enjuiciados y sentenciados penalmente, algunos también prefieren poner fin a sus vidas.

### **2.5.9 ITALIA**

En Italia no existe una figura autónoma de la eutanasia, ya que ésta se equipara al homicidio como lo refiere el artículo 575 del Código Penal Italiano o en su caso al homicidio consentido conforme al artículo 579 del mismo ordenamiento,

---

<sup>80</sup>*Milenio Diario*, 27 de septiembre de 2003.

que castiga al que causare la muerte de un hombre con su consentimiento con la pena de reclusión de seis a quince años de prisión.

En este caso, siempre que el sujeto pasivo sea menor de edad, no esté mentalmente enfermo o por cualquier otra circunstancia disminuido en su capacidad psíquica, por enfermedad, abuso de alcohol o estupefacientes, y no se haya conseguido el consentimiento bajo violencia, amenaza, sugestión o engaño, ya que en caso contrario se considera un homicidio.

Se trata de un precepto atenuado frente al homicidio pero que rara vez se aplica, pues se considera que en las situaciones en las que se produce la eutanasia el sujeto pasivo tiene disminuida su capacidad psíquica, lo cual obliga a entender ese comportamiento como homicidio.

El tema empeora cuando se aplican las agravantes de premeditación y parentesco, no obstante, se recurre en ocasiones a la aplicación de la atenuante del artículo 62.1 del C.P.I. que refiere a los motivos de particular valor moral o social. Por otro lado el auxilio al suicidio está penado con reclusión de cinco a doce años.

La situación legal no es muy satisfactoria y no han faltado proyectos tendentes a conseguir una regulación precisa y más abierta, en general, es admitida la eutanasia indirecta u ortotanasia, es decir la administración de fármacos con el fin de aliviar el dolor aunque como efecto también se acelera la muerte del paciente. De igual manera es admitida la eutanasia pasiva.

Desde la deontología médica se entiende que los pacientes tienen derecho a rechazar un tratamiento médico no deseado, siempre que no se haga mediante un testamento vital, difícilmente admisible, pues se entiende que la situación personal ha variado respecto a aquella en la que el sujeto otorgó el testamento, y siempre sea capaz.

En otro caso, el médico está obligado a curar hasta que se produzca la muerte, conforme lo indica el Código Deontológico Médico Italiano de fecha 15 de julio de 1989.<sup>81</sup>

Desde esta concepción se presentó en diciembre de 1984 en el Parlamento, un proyecto de ley firmado por los diputados Fortuna, Trappoli y Artioli que pasó a ser la propuesta de ley número 2405 y que establecía las “Normas Sobre Tutela de la Dignidad de la Vida y la Regulación de la Eutanasia Pasiva”.

---

<sup>81</sup> Cfr. Álvarez Gálvez, Íñigo, Op. Cit., nota 38, p. 232.

La eutanasia activa es considerada como un acto contrario a la ética médica y como homicidio, así lo refiere el artículo 43 del Código Deontológico Médico Italiano y de igual manera se expresó el Comité Italiano de Bioética en su dictamen de fecha 18 de junio de 1991.

En la práctica los tribunales entienden que se trata de un comportamiento desproporcionado que no tiene en cuenta el debido respeto a la vida humana, siendo además una conducta que no está aceptada socialmente, como lo demuestra el hecho que existen diferencias de opinión.

Con esto no es raro que se defienda en muchos casos la aplicación del indulto para dar una solución más razonable a los casos que son tratados con una severidad excesiva.

#### **2.5.10 JAPÓN**

En Japón no existe ninguna norma que específicamente regule la eutanasia, en general se aplican las normas referentes al homicidio o con más frecuencia a la participación en el suicidio y el homicidio consentido, que establece una pena de seis meses a siete años de prisión.

Aparte de la escasa legislación, la comunidad médica se ha esforzado en poner más claridad en el asunto de la eutanasia, en 1989 un comité especial publica a solicitud del Ministerio de Salud y Bienestar, un informe sobre el tratamiento terminal que recomendaba a los médicos el comportamiento más adecuado para estos casos.

A petición de la Asociación Japonesa de Médicos, el Comité de Recomendaciones de Bioética publicó en 1992 otro informe sobre la conducta de los médicos en los tratamientos terminales.

En éste se aconsejaba al médico un mayor respeto a la autodeterminación de los pacientes, lo cual incluía también una mayor información y se desaconsejaba una legislación de la eutanasia activa, entendiendo que los medios de alivio del dolor son suficientes para hacer innecesaria la eutanasia.

En 1994 un comité especial en el Consejo de Ciencia Japonés preparó el informe sobre la Muerte Digna, en el que se intenta equilibrar tanto el respeto a la vida como la autodeterminación de los pacientes admitiéndose tanto la supresión del tratamiento de conservación de la vida en los enfermos terminales que lo solicitan, como el tratamiento del dolor aun a costa del acortamiento de la vida.

No se admite en ningún caso la provocación activa de la muerte aunque se cuente con la solicitud expresa del paciente.

Han sido los tribunales de justicia los que han tenido que resolver caso por caso y los que en definitiva, han establecido en la práctica los requisitos de admisibilidad, o al menos de no punición de la eutanasia. En general, se han identificado como requisitos los siguientes:

a) En primer lugar, el sujeto pasivo debe padecer una enfermedad incurable cuyo desenlace es una muerte inminente, conforme a las siguientes sentencias:

1. Del 12 de diciembre de 1964 del Tribunal del Tribunal Superior de Nagoya;
2. Del 01 de octubre del 1975 del Tribunal Superior de Kagoshima, y
3. Del 29 de octubre de 1975 del Tribunal de Distrito de Kobe.

b) En segundo lugar el sujeto pasivo debe sufrir un dolor insoportable.

1. Sentencia del 12 de diciembre de 1964 del Tribunal Superior de Nagoya, en el que no se incluye el sufrimiento psíquico;
2. Sent. del 14 de abril de 1950 del Tribunal de Distrito de Tokio.

c) En tercer lugar, el fin de la eutanasia debe mitigar el dolor y el sufrimiento, de acuerdo a la siguiente sentencia:

1. Sent. de fecha 12 de diciembre de 1964 del Tribunal Superior de Nagoya

d) En cuarto lugar, debe mediar la solicitud o el consentimiento del paciente consciente y capaz:

1. Sent. del 12 de diciembre de 1964 del Tribunal Superior de Nagoya,
2. Sent. Del 29 de octubre de 1975 del Tribunal de Distrito de Kobe.

e) Debe ser practicada por un médico:

1. Sent. del 12 de diciembre de 1964 del Tribunal Superior de Nagoya;
2. Sent. del 30 de octubre de 1977 del Tribunal de Distrito de Osaka, y
3. Sent. de fecha 17 de septiembre de 1990 del Tribunal de Distrito de Kochi.

f) Y por último, debe ser éticamente aceptable:

1. Sent. del 12 de diciembre de 1964 del Tribunal Superior de Nagoya;
2. Sent. de fecha 30 de noviembre de 1977 del Tribunal de Distrito de Osaka, y
3. Sent. del 17 de septiembre de 1990 del Tribunal de Distrito de Kochi.

Con todo, la situación legal no parece que vaya a variar en un futuro ni tampoco se conocen actualmente propuestas de ley que defiendan la práctica de la eutanasia activa.<sup>82</sup>

### 2.5.11 PAÍSES BAJOS

En 1973 se fundó en Holanda la Sociedad para la Eutanasia Voluntaria. El Dr. Philippe Shcenpens, secretario general de la Federación Mundial de Médicos que representan la vida humana, afirma que en Holanda cerca del quince por ciento de las muertes son por eutanasia.

En 1982 el Código Penal Holandés (C.P.H.) establecía en su artículo 293: *“Toda persona que prive de la vida a otra, mediando solicitud expresa y bien meditada de ésta, incurrirá en una pena de doce años de prisión como máximo, o una multa económica de la quinta categoría”*.

Así mismo el artículo 294 del mismo ordenamiento establecía: *“Toda persona que intencionalmente incite a cometer suicidio, o que ayude o le facilite los medios necesarios para quitarse la vida, será castigada, en caso de llegar a consumarse el suicidio, con una prisión de tres años como máximo, o una multa económica de la cuarta categoría”*.

---

<sup>82</sup> *Ibíd*em, p. 229.

No obstante el Tribunal Supremo así como el resto de tribunales, no sólo habían aplicado con rigor la normativa penal, sino que habían sido los encargados de determinar las condiciones bajo las cuales es permisible la eutanasia.<sup>83</sup>

En ese mismo año se estableció una Comisión Estatal de Consulta que publicó tres años después un informe para el Gobierno, en el que se pronunciaba una reforma de los artículos 293 y 294 del C.P.H.

El informe establecía la posibilidad de que los comportamientos previstos en los artículos 293 y 294 del C.P.H. no fueran punibles si el sujeto activo era un médico que actuaba dentro de los límites establecidos por la *lex artis*,<sup>84</sup> y que el sujeto pasivo fuera una persona que se encontrara en una situación intratable e insoportable sin posibilidades de mejoría.

En Países Bajos la eutanasia fue permitida con una “penalización simbólica” desde 1984 y se despenalizó desde 1994.

Tras las elecciones de 1987, dos nuevos informes solicitados por el nuevo Gobierno, uno al Consejo de Sanidad y otro a la reunión de Fiscales, salieron a la luz como Proyecto de Ley número 20.383.

---

<sup>83</sup> *Ibíd*em, p. 214.

<sup>84</sup> Cfr. Quijada Soto, Rodrigo Eleodoro, *Latín práctico para abogados*, México D.F., Editorial Trillas, 2009, pp. 41 y 117. Ley del arte, práctica o ejercicio del arte.

Este proyecto establecía que los médicos sólo estarían exentos de pena en los casos de eutanasia si podían alegar la concurrencia de una situación desesperada o de una presión psicológica insuperable, que actuaría como causa de justificación conforme al artículo 40 del C.P.H. y que se observara la *lex artis*.

El proyecto no llegó a buen puerto por el cambio de gobierno en 1989, el tema pasaba a una nueva coalición de gobierno formada por los cristiano-demócratas y el Partido Laborista, la cual encargó al Fiscal General del Tribunal Supremo, J. Remmelink, la elaboración de un estudio sobre la práctica de la eutanasia en Holanda.

El informe Remmelink se publicó en septiembre de 1991 y fue bien recibido en general entre las clases política y médica, ya que no excluía la punición de las conductas eutanásicas, pero al mismo tiempo los médicos tenían certeza de no ser perseguidos penalmente si actuaban bajo determinadas condiciones.

Una de estas condiciones fue el resultado del acuerdo al que llegaron el Gobierno y la Asociación Médica de Holanda que se plasmó en la Orden Ministerial sobre Procedimiento de Notificación para los casos de eutanasia que entró en vigor el 01 de enero de 1990.<sup>85</sup>

---

<sup>85</sup> Cfr. Álvarez Gálvez, Íñigo, *Op. Cit.*, nota 38, p. 216. Con esta orden los médicos se obligaban a notificar al Fiscal de los casos de eutanasia y éste emitía un certificado de no objeción cumpliendo con los requisitos de la *lex artis*, para proceder a inhumar el cuerpo y no perseguir penalmente al médico.

Tras el informe Remmelink y después de las primeras experiencias de la orden ministerial, se abandonaron definitivamente los aspectos de la presión psicológica insuperable que fundamentaba el Proyecto de Ley 20.383 y se continuó explotando la vía de la notificación.

En abril de 1992 el Gobierno presentó a la Cámara Baja un nuevo Proyecto de Ley para reformar el artículo 10 de la ley de Enterramientos o Ley de Inhumaciones e Incineraciones.

Este proyecto establecía que en los supuestos de eutanasia, suicidio asistido y terminación de la vida sin petición expresa, los médicos debían enviar un formulario al Fiscal para que decidiera si se había observado la *lex artis* y si debían ser procesados o no.<sup>86</sup>

En el informe enviado al Fiscal el médico contemplaba un formulario.

En éste se hacían constar las particularidades de la historia clínica del caso (apartado I), a la petición del paciente en el supuesto de desorden físico (II A), o psiquiátrico (II B), a la terminación de la vida sin petición expresa (III), a la consulta con otros médicos (IV) y a las circunstancias de tiempo, lugar, autoría y modo en que se había puesto fin a la vida del paciente (V).

---

<sup>86</sup> Cfr. *Ibidem*, p. 217. El proyecto se aprobó por la Cámara Baja como por la Cámara Alta, el 01 de junio de 1994 entró en vigor el Decreto de fecha 17 de diciembre de 1993 que trataba el artículo 10 de la Ley de Enterramientos.

Por lo que respecta al estado de necesidad, en 1973 el Tribunal de Leuwarden consideró que para estimar un estado de necesidad es imprescindible que el sujeto pasivo sufra una enfermedad incurable con sufrimiento físico o psicológico.

Aunado a esto se consideraba el sufrimiento subjetivamente severo y que fuera propio del paciente comunicar por escrito el deseo de poner fin a su vida y que el sujeto activo fuera un médico que hubiera consultado con un colega.

Otra sentencia posterior de fecha 01 de diciembre de 1981 fue del tribunal de Rotterdam, en la que se declaró que el auxilio al suicidio no debía ser punible si se daban las siguientes condiciones:

- a) Que el sujeto pasivo sufriera física o psicológicamente de modo insoportable;
- b) El sufrimiento y el deseo de morir fueran persistentes;
- c) La decisión del sujeto pasivo fuera voluntaria;
- d) Que éste entendiera su situación y diferentes alternativas;
- e) No exista otra solución razonable;
- f) Que esta muerte no cause a otros un sufrimiento innecesario;
- g) La decisión no sea tomada por una sola persona;
- h) Siempre intervenga un médico, y

- i) Se consulten a otros médicos, psiquiatras, psicólogos o asistentes sociales.

Todo esto ha cambiado con la Ley de Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio ya que con ésta se modifican los artículos de la Ley de Enterramientos y del C.P.H.

En este último se añade un apartado al artículo 293 que aplica el principio *mutatis mutandis*<sup>87</sup> al supuesto del auxilio al suicidio previsto en el artículo 294.2 y que establece que el comportamiento referido en el apartado primero del artículo 293 no se considerará delito si es llevado por un médico.

Éste debe cumplir los criterios establecidos en el artículo 2 de la Ley de Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio comunicando al forense municipal con lo establecido en el artículo 7.2 de la Ley de Enterramientos.

Por su parte la Ley de Enterramientos en el artículo 7.2 estipula:

*“Si la muerte se ha producido como consecuencia de la aplicación de técnicas destinadas a la terminación de la vida a petición propia o al auxilio al suicidio, en consonancia con lo previsto por el artículo 293.2 del C.P.H., el médico que ha atendido la petición o ha asistido al suicidio no expedirá un certificado de*

---

<sup>87</sup> Cfr. Quijada Soto, Rodrigo Eleodoro, Op. Cit., nota 84, p. 125. Cambiando lo que se debe cambiar.

*defunción y lo comunicará inmediatamente al forense municipal mediante documento en el que se constará la causa de muerte. Al documento se anexará un informe de los cuidados establecidos en el artículo 2 de la Ley de Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio.”*<sup>88</sup>

El 10 de agosto de 1999 el gobierno de Holanda dio a conocer públicamente sus planes para legalizar la eutanasia, en éstos se permite a los niños de 12 años exigir que se les practique la misma, el Parlamento aprobó esta propuesta en 2000.

Es por este hecho que Holanda es el primer país del mundo en legalizar la eutanasia, ya que esta práctica existía desde hace tiempo en este país, sin embargo legalmente estaba prohibida.<sup>89</sup>

### **2.5.12 REINO UNIDO DE LA GRAN BRETAÑA**

En la legislación inglesa no existe como tal el concepto de eutanasia, más bien en la práctica los casos de eutanasia son entendidos como *murder*,<sup>90</sup> es decir como homicidios voluntarios con premeditación, o más frecuentemente como

---

<sup>88</sup> Cfr. Álvarez Gálvez, Íñigo, Op. Cit., nota 38, p. 220.

<sup>89</sup> Sotelo Salgado, Cipriano, Op. Cit., nota 3, p. 72.

<sup>90</sup> Larousse, *Diccionario Pocket*, México D.F., 1995, p. 464. Asesinato, homicidio.

*manslaughter*,<sup>91</sup> esto es, como homicidios culposos cometidos en circunstancias especiales que disminuyen la capacidad de razonar.

En general la provocación de la muerte de otra persona está penada por cualesquiera que fuesen los motivos y con independencia del consentimiento del sujeto pasivo.

En todo caso, tanto la administración de calmantes para aliviar el dolor, como el rechazo del tratamiento están admitidos aunque traigan como resultado último la muerte del paciente.

En 1969, Lord Raglan presentó un proyecto de ley sobre eutanasia voluntaria que permitía a los médicos practicarla a pacientes que sufrieran una enfermedad irremediable certificada por dos facultativos y que el paciente lo hubiese solicitado previamente con treinta días de antelación por escrito, ante dos testigos, antes del comienzo de la enfermedad y en estado de buena salud.

La solicitud era en esencia revocable, esta propuesta fue rechazada por la Cámara de los Lores, de igual modo ocurrió con otro proyecto de 1973. En 1979 se

---

<sup>91</sup> *Ibidem*, p. 451. Homicidio involuntario, en derecho es un homicidio culposo

propuso una regulación legal para la eutanasia que tampoco tuvo éxito. Hubo intentos similares en 1985, 1990 y 1993.

En la Cámara de los Lores se mantiene la postura que la eutanasia debe permanecer ilegal y se rechaza cualquier cambio en la legislación incluida la creación de un nuevo tipo penal que la castigue más suavemente.<sup>92</sup>

En Reino Unido de la Gran Bretaña en 1978 se presenta el interés por legislar sobre la eutanasia, para el común de los británicos resulta contradictorio esto ya que la mayoría de las leyes inglesas se orientan a la conservación de la vida.

Entre las razones que se argumentan a favor de esta práctica es que a sus defensores les preocupa el hecho que Londres vaya a tener veintidós millones de habitantes en tres cuartos de siglo.

### **2.5.13 SUIZA**

Desde que en 1926 el Gran Consejo del Cantón de Zúrich recibió una petición de un enfermo incurable para que se votase una ley en favor de la

---

<sup>92</sup> Cfr. Álvarez del Río, Asunción, Op. Cit., nota 17, pp. 181 y 182.

eutanasia activa, el tema ha venido discutiéndose en varias ocasiones con escaso éxito.

En Suiza tanto el auxilio al suicidio como la eutanasia están penados, el primero en el artículo 115 del Código Penal Suizo se castiga con penas de hasta cinco años.

La eutanasia no está regulada específicamente en el C.P.S. pero se castiga con las penas previstas para el homicidio.

Ejemplos de estas penas son de al menos cinco años conforme al artículo 111 del C.P. o bien para el homicidio atenuado, homicidio pasional que comprenden penas de uno a cinco años de prisión según el artículo 113, u homicidio por compasión o a petición de la víctima que comprende de tres días a tres años según el artículo 114, del mismo ordenamiento.

En el artículo 114 se aplicará esta pena siempre que exista una petición seria e insistente del sujeto pasivo capaz y que se haga por un motivo honorable como la compasión, en ocasiones también es posible aplicar la pena al homicidio con agravantes que según el artículo 112 del C.P.S. está entre diez años y reclusión perpetua.

En general se admite la eutanasia pasiva y la eutanasia indirecta u ortotanasia, y al respecto no han faltado propuestas en favor de la modalidad activa.

En el Cantón de Aargau, la ley para la Sanidad Pública en el parágrafo 54, introducido en 1987, prohíbe la eutanasia activa, pero admite la pasiva cuando el tratamiento sólo sirva para prolongar un sufrimiento en el irreversible proceso hacia la muerte.

En el Cantón de Basilea una orden de 1988 garantiza el derecho de los pacientes a morir con dignidad.

En enero de 1975 se presentaron al Parlamento Federal tres propuestas denominadas COPT, Allgöwer y Reich que trataban sobre la omisión de los tratamientos médicos que no dieron resultados ya que las dos primeras fueron rechazadas y en la última el organismo se declaró incompetente para decidir.<sup>93</sup>

Pese a lo anterior, existieron propuestas exitosas en 1977, en el Cantón de Zúrich se convocó a un referéndum para la legalización de la eutanasia pasiva y activa, siempre que se diesen determinados requisitos como los siguientes:

a) La existencia de una enfermedad incurable y dolorosa;

---

<sup>93</sup> Álvarez Gálvez, Íñigo, Op. Cit., nota 38.p. 234.

- b) La certificación por los médicos de la enfermedad como mortal;
- c) La petición del paciente efectuada ante notario y dos testigos;
- d) El refrendo de esa decisión transcurridas 72 horas, y
- e) La práctica de la eutanasia por un médico.

La propuesta fue aprobada en Zúrich pero finalmente no prosperó en el Parlamento Federal.

En septiembre de 1993 el Grupo de Estudios a favor de la Interrupción Voluntaria de la Vida presentó un proyecto con el fin de incluir un nuevo párrafo 115 bis en el C.P.S. sobre la interrupción no punible de la vida.

De acuerdo con éste, no se debería considerar homicidio a petición o auxilio al suicidio la provocación de la muerte de un sujeto cuando se dieran las siguientes condiciones:

- a) Una petición seria e insistente del sujeto pasivo;
- b) El padecimiento de una enfermedad incurable e irreversible con pronóstico fatal;
- c) Que la enfermedad cause dolores físicos y psíquicos insoportables;
- d) La certificación de estos extremos por dos médicos independientes;

- e) La revisión del caso por la autoridad médica, quien se cerciorará que el paciente es capaz;
- f) Que éste ha reiterado su petición y ha sido informado adecuadamente, y
- g) La provocación de la muerte por un médico.

En febrero de 1994 se publicó un proyecto denominado Kehl, el cual afirmaba el derecho a morir con dignidad, la libre disposición de la vida y el derecho a la autodeterminación.

Éste incluía un nuevo párrafo 54 bis en la Constitución Federal y un proyecto de ley federal que calificaba como no punible el homicidio a petición del paciente siempre que se reúnan las siguientes condiciones:

- a) El paciente sufra una enfermedad incurable con dolor insoportable;
- b) Que éste se encuentre seriamente discapacitado o sufra grandes depresiones;
- c) Dos médicos independientes certifiquen tales extremos;
- d) El sujeto pasivo exprese su deseo de morir ante un abogado y dos testigos;
- e) Confirmar esta declaración 72 horas después y los médicos firmen dicha declaración;

- f) El paciente no debe estar sometido a presión y fuera incapaz de suicidarse;
- g) La muerte indolora se practicara por uno de los médicos, y
- h) Ambos médicos dirijan un protocolo a la Dirección de Sanidad Pública e informe a los familiares.

La muerte asistida no se considera parte de la atención médica, ya que la eutanasia está prohibida como alternativa para terminar con el sufrimiento a solicitud del paciente terminal.

Hay que hacer notar que en Suiza la eutanasia no está legalizada, sin embargo no se permite el suicidio clínicamente asistido por motivos personales tanto para ciudadanos helvéticos como para extranjeros.<sup>94</sup>

El Gobierno Federal considera la eutanasia activa contraria a los valores básicos del ordenamiento jurídico suizo y no considera necesaria una regulación jurídica al respecto.

---

<sup>94</sup> Cfr. Álvarez del Río, Asunción, Op. Cit., nota 17, p. 180.

#### 2.5.14 URUGUAY

El Código Penal de Uruguay de 1933, en su artículo 37 se expresa: “*Los jueces tienen la facultad de exonerar de castigo al sujeto de antecedentes honorables autor de un homicidio, efectuado por móviles de piedad, mediante súplicas reiteradas de la víctima*”.

Es de notar que dos son los códigos penales en Sudamérica que otorgan facultades a los jueces de aplicar el perdón.

Éstos son el Código Penal de Colombia en su artículo 364 y el de Uruguay en el artículo 37. De estos códigos se desprende que la razón del perdón judicial se fundamenta en los móviles de piedad, compasión, por solicitud reiterada de la víctima, que el sujeto activo tenga antecedentes honorables.

José Irureta Goyena, autor del Código Penal de Uruguay, afirma: “El consentimiento no desvanece el delito, suprime la pena; este elemento opera subjetivamente y no objetivamente; el fundamento reside en la esencia de la peligrosidad del agente”.

Por lo que se desprende que estas dos legislaciones prevén la verdadera eutanasia, que es la que se basa en la muerte de una persona enferma y se le aplica con el fin de liberarla de los sufrimientos que le agobian con la enfermedad.<sup>95</sup>

En Uruguay se admiten la eutanasia pasiva y la indirecta u ortotanasia, pero no la eutanasia activa.

El Código Penal Uruguayo no prevé de un precepto específico sobre el tema aunque sí de un artículo, el 315 del mismo ordenamiento que trata sobre homicidio y auxilio al suicidio, los cuales se castigan con una pena de seis meses a seis años de prisión.

No se han presentado proyectos de ley sobre el tema ya que la importancia de la ley uruguaya radica en el artículo 37 del Código Penal, el cual establece. “*Los jueces tienen la facultad de exonerar de castigo al sujeto de antecedentes honorables, autor de un homicidio, efectuado por móviles de piedad, mediante súplicas reiteradas de la víctima*”.

---

<sup>95</sup> Sotelo Salgado, Cipriano, Op. Cit., nota 3, p. 348.

## **2.6 SENTENCIA DE LA CORTE SUPREMA DE CANADÁ EN EL CASO CARTER VS. EL ESTADO DE CANADÁ DE FECHA 6 DE FEBRERO DE 2015**

La sedación para pacientes terminales o incurables es considerada como un derecho más en la regulación del tema de la eutanasia, esta tiene una reciente importancia en la sentencia emitida el pasado 06 de febrero de 2015 por la Corte Suprema de Canadá.<sup>96</sup>

La finalidad de esta sentencia es que la ayuda médica a morir; originalmente sancionada en el Código Penal Canadiense, Sección 241 (b)<sup>97</sup>; se le debe considerar como un derecho fundamental, argumentando que la norma que prohíbe este acto lesiona el derecho a la vida, en virtud de forzar a enfermos terminales a cometer el suicidio y en ocasiones en forma violenta como resultado de una manera preventiva de no afrontar la enfermedad.

La sentencia presenta elementos para su análisis, como los siguientes:<sup>98</sup>

- a) Es la Corte Suprema del país quien la emite y no el aparato Legislativo del Congreso;
- b) A un tipo penal se pretende convertirlo en un derecho fundamental;

---

<sup>96</sup> [www.elpais.com/elpais/2015/03/22/opinion/1427039592\\_544363.html](http://www.elpais.com/elpais/2015/03/22/opinion/1427039592_544363.html). Periódico El País, Ediciones El País, S.L., España, 23 de marzo de 2015.

<sup>97</sup> Sección que prohíbe a una persona ayude en la comisión del suicidio.

<sup>98</sup> [www.elpais.com](http://www.elpais.com), Op. Cit., nota 96, Fernando Rey, 20 de marzo de 2015.

- c) Ésta tendría que referirse únicamente al suicidio asistido pero introduce el marco de la eutanasia;
- d) Considera que el suicidio asistido por un médico garantiza una mejor libertad y voluntariedad de sujeto;
- e) Establece una clara diferencia entre los conceptos *matar*, *suicidarse* o *dejarse morir*;
- f) Hace un diseño de cuáles son las garantías que deberán someterse en este nuevo derecho durante los próximos 12 meses; y
- g) Señala el riesgo de abuso o error como único elemento de prohibición de esta ayuda, cuando existen otras finalidades en la ley canadiense como son preservar la vida de los ciudadanos, prevenir los suicidios y mantener la integridad de la profesión médica.

En opinión de Fernando Rey,<sup>99</sup> catedrático español en Derecho Constitucional y columnista, comenta sobre el futuro de esta sentencia: “*La sentencia Carter está llamada a ser muy influyente, por tratarse de una declaración judicial tan contundente a favor de la ayuda médica a morir, lo cual es una novedad. En mi opinión habría que empezar a reflexionar en serio sobre la posibilidad de introducir el suicidio asistido por médico para ciertos casos.*”

---

<sup>99</sup> Columnista del periódico El País en España y catedrático de Derecho Constitucional de la Universidad de Valladolid.

Los antecedentes, elementos, contenido, razones, conclusiones y personas que intervinieron en la sentencia *Carter vs. el Estado de Canadá*, se detallan a continuación de manera general:<sup>100</sup>

- a) *Nombre del caso*. Carter vs. el Estado de Canadá;
- b) *Audiencia*. 15 de octubre de 2014;
- c) *Sentencia*. 06 de febrero de 2015;
- d) *Colección*. Sentencias de la Corte Suprema;
- e) *Expediente número*. 35591;
- f) *Demandantes*. Lee Carter, Gloria Taylor, Hollis Johnson, William Shoichet y Asociación de Libertades Civiles de Columbia Británica;
- g) *Demandado*. Fiscal General de Canadá;
- h) *Presidente del Tribunal*. Beverley Mc Lachlin;
- i) *Jueces*. Louis Le Bel, Rosalie Silverman, Marshall Rothstein, Thomas Albert Cromwell, Michael J. Moldaver, Andrómaca Karakatsanis, Richard Wagner y Clement Gascon;
- j) *Contenido general*. La Suprema Corte de Canadá emite sentencia en la que suspende el suicidio asistido como resultado de la impugnación a la Carta Canadiense de Derechos y Libertades por varias partes, incluidas la familia de Kay Carter quien sufrió estenosis<sup>101</sup> espinal

---

<sup>100</sup> [www.scc-csc.lexum.com](http://www.scc-csc.lexum.com), Judgments of the Supreme Court of Canada.

<sup>101</sup> Larousse, Op. Cit., nota 1, p. 240. Constricción o estrechamiento de orificio o conducto corporal. Estrechamiento de las vertebras.

degenerativa y Gloria Taylor que sufre esclerosis <sup>102</sup> lateral amiotrófica;<sup>103</sup>

- k) *Antecedentes. 1.- Caso Rodríguez vs. Columbia Británica*, año 1993, en el que se niega el derecho al suicidio asistido en Canadá. La Corte de Columbia Británica confirmó la prohibición de este derecho, el juez discrepante no encontró error alguno en la apreciación del juez de primera instancia bajo el principio *stare decisis*.<sup>104</sup> **2.-** En abril de 2011 la Asociación de Libertades Civiles de Columbia Británica presentó una demanda contra la sección 241 (b) del Código Penal Canadiense, alegando que violaba los artículos 5<sup>105</sup> y 7,<sup>106</sup> de la Carta Canadiense de Derechos y Libertades;
- l) *Razones de la Corte. 1.-* Considerando que la sección 241 (b) y el artículo 14 del Código Penal Canadiense, infringen el artículo 7 de la Carta Canadiense de Derechos y Libertades que garantiza el derecho a la vida, la libertad y la seguridad de la persona, y **2.-** Habiendo analizado que la prohibición de muerte médicamente asistida viola el artículo 7 de la referida Carta de Derechos y Libertades, previa consideración basada en el artículo 5 de la misma, que refiere a las

---

<sup>102</sup> *Ibíd*em, p. 229. Endurecimiento de los tejidos de los órganos.

<sup>103</sup> *Ibíd*em, p. 32. Diminución del volumen del músculo estriado.

<sup>104</sup> Quijada Soto, Rodrigo Eleodoro, *Op. Cit.*, nota 84, p. 161. Atenerse a la decisión, seguir lo establecido. La determinación de la Corte u órgano superior tiene la condición de *stare decisis* y con carácter precedente obliga al resto de los tribunales.

<sup>105</sup> Artículo integrante de la Constitución Canadiense, refiere el derecho a la igualdad, prohíbe la discriminación perpetrada por el gobierno canadiense, excluye los programas paliativos.

<sup>106</sup> Derecho a la vida, libertad y la seguridad de la persona.

necesidades de adultos que tienen una discapacidad física o enfermedad terminal es privilegio conservar y defender su derecho de igualdad; y

- m) *Resultado*. El recurso adecuado ante la demanda de las familias Carter y Taylor, no es conceder una exención constitucional independiente, sino más bien emitir una declaración de nulidad y de suspender por 12 meses los efectos penales contenidos en la Sección 241 (b) del Código Penal Canadiense. Nada de lo contenido en la presente sentencia obligaría a los médicos a proporcionar ayuda a morir durante este tiempo en tanto se definen las garantías necesarias para los pacientes. La Carta Canadiense de Derechos y Libertades tendrá que ser conciliada como respuesta a cualquier solicitud legislativa y reglamentaria de los derechos de pacientes terminales y médicos.
- n) *Conclusión*. La cuestión a examinar en la apelación es si la prohibición penal sobre el suicidio médico asistido vulnera los derechos de la persona contenidos en la Carta Canadiense de Derechos y Libertades, entre los que se mencionan el derecho a la vida, libertad y seguridad personal, así como el trato igualitario ante la Ley, esto nos llama a equilibrar valores de gran importancia.

Los jueces consideran para esta decisión la autonomía y dignidad de un adulto competente que solicita la muerte como solución a una condición médica irremediable mediante el otorgamiento de su consentimiento para terminar su vida.

Es de notar que el resultado práctico de esta sentencia establece una “suspensión penal”, valga el término y en mi opinión, consecuentemente esto traerá un intenso debate en los próximos doce meses para definir las situaciones clínicas particulares, elementos y garantías necesarias para legislar en Canadá el suicidio médicamente asistido en el año 2016.

Concluye Fernando Rey, en que la Corte Suprema utilizó tres argumentos para emitir la sentencia Carter, que son los siguientes:

- 1. La prohibición de la ayuda médica a morir se justifica para proteger a personas vulnerables en situación de debilidad para adoptar decisiones, pero es desproporcionado porque no todos los enfermos en situación terminal son vulnerables;*
- 2. Esta prohibición no es una medida indispensable porque los médicos pueden asegurar la protección de los enfermos terminales ante el abuso y/o error con un sistema serio de garantías; y*

3. *No se ha demostrado que donde se ha despenalizado la eutanasia se hayan debilitado con el tiempo las garantías, respecto al tema de la pendiente resbaladiza.*

## **2.7 APROBACIÓN POR LA ASAMBLEA NACIONAL DE FRANCIA DE LA LEY DE SEDACIÓN PROFUNDA PARA PACIENTES EN ESTADO TERMINAL EL 23 DE MARZO DE 2015**

La Asamblea Nacional de Francia aprobó el pasado 23 de marzo de 2015 el derecho a la sedación profunda para pacientes en estado terminal, con lo cual se legisla el derecho de las personas a ser ayudados a morir con la posibilidad de rechazar o interrumpir un tratamiento de soporte vital.<sup>107</sup>

A la aplicación del sedante se le denomina en esta ley como sedación profunda terminal, bajo la premisa que se padezca una enfermedad terminal y que el dolor no se pueda controlar, se faculta al enfermo dejar por escrito la designación anticipada de la persona que le representará y cuál es su voluntad para el caso en que el enfermo no pueda tomar decisiones por sí mismo.

La aprobación mostró un amplio respaldo por los diputados con el resultado de 436 votos a favor, 34 en contra y 83 abstenciones, con lo que se cierra en la legislación francesa la opción a la eutanasia y al suicidio asistido.

---

<sup>107</sup> www.elpais.com, Op. Cit., nota 96.

El Ministerio de Sanidad de Francia, representado por Marisol Touraine, considera esta ley como un avance social prometido por el Presidente François Hollande, en el que se comprometió a que *“toda persona mayor en fase terminal de una enfermedad incurable que le provoque sufrimiento físico o psíquico, tenga derecho a solicitar asistencia médica para terminar su vida con dignidad.”*<sup>108</sup>

Esta ley es el resultado del trabajo conjunto de dos diputados, el socialista Alain Claeys y el conservador Jean Leonetti, con base a jornadas de debates en los que ambos grupos establecieron bases comunes en los aspectos más polémicos.

El objetivo de esta ley es que se instaure la “sedación profunda” a enfermos terminales, lo cual se decidirá con la intervención de un consejo consultivo médico y con el consentimiento de la familia. La sedación será continua durante cinco días.

El procedimiento en aspecto general, consiste en que una vez administrada la sedación profunda al enfermo, se le retirará todo tratamiento médico incluyendo la alimentación e hidratación hasta que se presente la muerte. En este punto es

---

<sup>108</sup> El Huffington Post, España, 17 de marzo de 2015.

donde se presenta la parte más delicada de esta legislación, en virtud de que muchos consideran el hecho como un sufrimiento del paciente.<sup>109</sup>

El procedimiento clínico establecido durante los cinco días de sedación consiste en que se retire cualquier tipo de tratamiento que pueda prolongar la vida de manera artificial, incluyendo antibióticos, anticoagulantes así como técnicas de reanimación o respiración asistida. En el mismo orden de ideas, no se contempla de igual manera administrar la alimentación por sonda o hidratación por vía intravenosa.

Otra medida establecida en la ley es que se impone el respeto al documento denominado “testamento vital,” definido como el medio por el que todo individuo tiene derecho a dejar por escrito su última voluntad en caso de padecer la enfermedad terminal.

De igual manera se crea un formulario especial para expresar dicha voluntad, la cual será recopilada en un fichero o archivo digital para su fácil consulta.

---

<sup>109</sup> [www.elmundo.es](http://www.elmundo.es), Periódico El Mundo, Hernández Velasco, Irene corresponsal en París, *Francia sedará y no alimentará a los enfermos terminales que lo pidan*, Sección Internacional, España, 18 de marzo de 2015.

Los diputados consideraron como base para la creación de esta ley el hecho clínico definido por Regis Aubry, jefe del servicio francés de cuidados paliativos y presidente del Observatorio Nacional de Fin de Vida, quien afirma: *“Los pacientes no mueren de hambre ni de sed como piensan algunos, sino que entran en una fase de deshidratación y desnutrición, adicionalmente ningún estudio científico ha demostrado el sufrimiento que se pudiera experimentar.”*<sup>110</sup>

En el mismo sentido concluyen los diputados, el socialista Alain Claeys y el conservador Jean Leonetti: *“Después de haber estado bajo los efectos de una anestesia general, ¿alguien recuerda si pasó hambre o sed durante la misma?”*

En mi opinión las principales características de esta ley, son las siguientes:

- a) Es el órgano Legislativo quien la aprueba;
- b) Crea un nuevo derecho donde no existían alternativas legislativas;
- c) No aborda el suicidio médicamente asistido ni a la eutanasia;
- d) Legisla hábilmente en un punto intermedio de los conceptos anteriores;
- e) Es única en su tipo por los procedimientos humanitarios que emplea; y
- f) El aparente “sufrimiento del paciente” es posiblemente el único riesgo de la ley, pero éste no se ha comprobado científicamente.

---

<sup>110</sup> Ídem.

CAPÍTULO TERCERO  
BINOMIO LEY - EUTANASIA

**3.1 BASES JURÍDICAS DE LA VOLUNTAD ANTICIPADA**

El término de voluntad anticipada se debe vincular a dos hechos que le dan origen:

1. La introducción de la idea autonomía individualista en la medicina;
2. El temor causado al encarnizamiento terapéutico con la prolongación del sufrimiento.

El hecho del temor causado por el encarnizamiento terapéutico se previene mediante el consentimiento informado, otorgado anticipadamente previendo la pérdida de la conciencia para expresar la voluntad sobre la atención médica que se desea o no recibir para las etapas finales de la vida.

A este hecho descrito, se le llama en inglés *living wills*,<sup>111</sup> denominados como “testamentos vitales”.

---

<sup>111</sup> Larousse, Op. Cit., nota 90, p.445 *living* y p. 604 *will*. Traducción: testamentos en vida.

Es de percibir que el término “testamento vital” resulta incorrecto por varias razones, ya que en el testamento el patrimonio se caracteriza como factor esencial y el autor de éste es un elemento accidental, esto significa que los derechos susceptibles de transmitirse mortis causa son generalmente económicos.

El testamento constituye una forma idónea de transmitir derechos económicos al momento de la muerte, es por ello que el testamento se encuentra condicionado por dos factores para su eficacia, que son la muerte del testador y la capacidad de la persona para heredar.

A diferencia de esto, el llamado incorrectamente “testamento vital” (*living will*), tiene como condición la imposibilidad física y/o jurídica de la persona para expresar su voluntad sobre las decisiones al final de su vida.

Es por ello que la primera diferencia entre testamento y documento de voluntad anticipada es que en el primero los efectos surten una vez que muere su autor.

Esto con la finalidad de dar continuidad a los derechos activos y pasivos del patrimonio.

El documento de voluntad anticipada plasma una decisión para que se realicen u omitan acciones médicas sobre una persona incapaz pero con vida, su principal objetivo es garantizar la dignidad humana y procurar la atención y cuidados debidos.

Es importante encontrar varios factores que son un común denominador en ambos documentos, como los siguientes:

1. Ambos son una expectativa de derecho a futuro;
2. Carecen de obligatoriedad jurídica al no cumplirse las condiciones establecidas;
3. El autor en ambos casos a nada se obliga, por lo que son revocables;
4. Ambos son formales, ya que los efectos jurídicos se cumplen cuando en el primero se da la muerte del autor y en el segundo cuando la persona esta física y legalmente incapacitada.

En forma general, ambos documentos no deben ser confundidos ya sea por su contenido, función, naturaleza, objetivos y regulaciones distintas.

En conclusión, es por ello que en el documento de voluntad anticipada se deben emplear términos designados como instrucciones previas, disposiciones previas o voluntad anticipada en lugar de “testamento vital”.<sup>112</sup>

Un concepto jurídico que bien puede ayudar a entender la voluntad anticipada es una declaración unilateral, expresa en forma libre por una persona mayor de edad y con plena capacidad jurídica, en la cual señala cuáles son los actos a ejecutar en relación a los tratamientos médicos y de salud, para los casos en los que no pueda expresar su voluntad.

Es por esto que la voluntad anticipada debe ser el producto de la deliberación y comunicación de todas las personas involucradas, por lo que es una actividad médica que forma parte del historial clínico del paciente.

Al tratarse de una actividad médica, se derivan dos conceptos que son el *proceso médico y documento*.

El proceso médico involucra un aspecto ético en el ejercicio de la profesión médica, en tanto que el documento implica un aspecto jurídico.

Aquí se produce una relación entre el proceso médico, que da un contenido moral al documento, y a su vez éste le proporciona validez al primero.

---

<sup>112</sup> Sánchez Barroso, José Antonio, Op. Cit., nota 55, pp. 213 a 216.

En esto se refleja la relación entre la ética y el derecho, ya que no es aceptable hablar de una voluntad anticipada considerando únicamente el aspecto jurídico, así como es cuestionable hablar de un tema legal sobre las decisiones al final de la vida prescindiendo de un documento formal.

### **3.2 OPINIONES INTERNACIONALES A FAVOR Y EN CONTRA DE LA EUTANASIA**

De acuerdo a las clasificaciones de eutanasia y al analizar el derecho comparado, este tema implica acciones relacionadas con la muerte médicamente asistida, el suicidio asistido y en ciertos casos la terminación de la vida sin una solicitud expresa del paciente.

Expongo las opiniones de dos destacadas personalidades a nivel internacional sobre la materia.

La primera opinión es de Marie de Hennezel,<sup>113</sup> quien considera que la importancia de alertar al público en general, a los medios y en especial al personal médico del enorme riesgo que existe en confundir la petición de ayuda de los enfermos con una solicitud de eutanasia.

---

<sup>113</sup> Álvarez del Río, Asunción, Op. Cit., nota 17, p. 217. (5 de agosto de 1946, Lyon, Francia) Psicóloga y psicoanalista, por 15 años atendió personas cercanas a la muerte, declarada contra la eutanasia por considerarla una salida en lugar de recurrir a otras posibilidades de atención, lo sustenta en su obra *La Tentación de la Eutanasia*, incluye argumentos basados en necesidades de enfermos terminales.

La segunda corresponde a Ronald Dworking,<sup>114</sup> quien al tratar en sus obras el tema de la eutanasia cree que en los países en que la libertad tiene un valor primordial, debe ser posible encontrar una solución política que pueda aceptar personas con diferentes criterios, pero sin sentir que están traicionando sus principios y creencias.

Uno de los principales argumentos de Hennezel es que se pueden encontrar diferentes causas que explican esta apresurada práctica de la eutanasia, principalmente por la escasa *formación*, no escasa *información*, que tienen los médicos en cuanto a la aplicación de los cuidados paliativos, lo cual impide que se brinden como una opción más a los enfermos que así los requieran.

Sostiene que sin esta preparación los médicos se encuentran sin elementos para reconocer cuándo deben suspender las acciones médicas enfocadas en la curación y a encauzar los esfuerzos para aliviar el dolor.

Por la falta de preparación muchos médicos ignoran que cuando la curación de un paciente es imposible, entonces el compromiso del médico cambia de rumbo en muchos sentidos, ya que entonces su práctica profesional debe orientarse a buscar una mejor calidad de vida.

---

<sup>114</sup>Álvarez del Río, Asunción, Op. Cit., nota 17, p. 217. (11 de diciembre de 1931, Massachusetts, EE. UU. - 14 de febrero de 2013, Londres, Inglaterra, R. U.) Filósofo y catedrático de derecho constitucional en las Universidades de Nueva York y Oxford. Propone en la práctica de la eutanasia aspectos legales, morales y políticos.

Es por esto, que esta falta de preparación académica y de compromiso moral ante el paciente se traduce en una deficiencia profesional de ejercicio y ella identifica esto como una de las principales causas por las que se recurre a la eutanasia de una manera injustificada.

Afirma que lo importante es identificar cuál es la parte del sufrimiento que puede ser curada y cuál no.

Así por ejemplo, se puede ayudar a mitigar la aflicción que provoca el aislamiento que suele imponerse al paciente, el cual lo priva del reconocimiento y acompañamiento que necesita para seguir sintiéndose vivo.

Por otro lado, Ronald Dworking sostiene que la eutanasia así como el aborto, suscitan climas de violencia ya que los valores que se defienden están cargados de emociones intensas.

Distingue para avanzar en el diálogo y comprensión de la eutanasia, dos tipos de argumentos:

- a) La que define el carácter sagrado de la vida como un valor intrínseco e inviolable en cualquier circunstancia, y

b) La que define los intereses y derechos de la persona, incluso por encima del valor sagrado de la vida.

Con esta diferenciación, al juzgar a la eutanasia en un sentido verdaderamente amplio, algunas personas consideran que el Estado debe tener el poder para prevenir el suicidio y así defender el valor sagrado de la vida, incluso de los casos en que la persona busca la muerte está convencida si es lo mejor para ésta.

El autor considera fundamental reconocer y entender cómo influye la idea del valor sagrado de la vida en el debate sobre la eutanasia, ya que es una idea ampliamente compartida tanto por las personas religiosas como por las que no lo son.

De igual manera subraya la importancia de entender que cada persona puede pensar diferente respecto a lo que considera que es lo mejor para el final de su vida, ya sea que algunos prefieren adelantar su muerte y otros en la misma situación desean seguir viviendo.

Un punto que considero importante para entender la eutanasia, y en unión a las dos opiniones anteriores, es necesario comprender las motivaciones de las

personas para rechazar la idea de vivir en una situación o estado puramente biológico, es evidente que no es mejor ni peor experiencia estar inconsciente que muerto.

*“Independientemente que alguien llegue a experimentar de ese modo el final de su vida, puede ser muy importante para esa persona, mientras esté viva y consciente, la idea de ese final, pues el cierre de su vida da un significado retrospectivo a lo vivido en su totalidad”.*<sup>115</sup>

Es por este motivo que hay personas que consideran que su vida será peor si pasaran por un periodo de inconsciencia o demencia, así como otras que encuentren que su vida fuera peor si pierden la oportunidad de prolongar todo lo posible su vida sin importar por qué condiciones tuvieran que pasar.

### **3.3 PRECEDENTES INTERNACIONALES A FAVOR DE LA EUTANASIA**

Al tomar decisiones sobre el final de la vida se vuelve un asunto que se relaciona con el valor sagrado de la misma pero no en un sentido abstracto, más bien, particularizado en cada vida y así, cada vida en su respectiva totalidad, la cual incluye el final de ésta.

---

<sup>115</sup> Álvarez del Río, Asunción, Op. Cit., nota 17, p. 73.

Una base muy importante para tomar conciencia de las condiciones de vida que se pueden encontrar en el futuro son:

1. Tener la posibilidad de considerar la conveniencia de adelantar la muerte;
2. No estar capacitado para tal consideración, por lo que otros más tendrían que hacer las instrucciones de lo establecido sobre lo que se quería o no en determinados casos; y
3. Encontrarse en una situación en la que otros sean los que deban tomar las decisiones sobre el final de la vida, pero, sin apoyarse en disposiciones previas por escrito.

Muchas personas se encuentran en alguna de estas situaciones por padecer una enfermedad terminal, por encontrarse incapacitadas para llevar a cabo actividades por sí mismas parcial o completamente, por estar en estado inconsciente definitivo y otras por tener un estado físico aceptable pero están obligadas a tomar medidas antes que el progreso de su enfermedad las incapacite.

Después de ver la diversidad de situaciones en las que puede plantearse la necesidad de tomar decisiones sobre el final de la vida propia o de la vida de otros,

podemos darnos cuenta que hay una regla general para todo el tema en sí, ya que se requiere saber qué hacer en cada una de estas circunstancias.

Ni la autonomía, ni los mejores intereses, ni la santidad de la vida son suficientes porque cada situación es única y exige analizar los elementos que a cada una en particular la definen para encontrar una solución.

Respecto a la libertad personal, es un requisito indispensable dentro de la sociedad, aun cuando no se obtengan soluciones como “perfectas” o como aceptables y hay ciertas limitaciones para defender la autonomía.

Resulta sorprendente encontrar discrepancias y contradicciones en leyes de distintos países, pero son explicables por el hecho que su interpretación y los fallos judiciales que de ella derivan nunca pueden verse exentos de la subjetividad que influye en toda decisión humana.

Cuando se tiene que solicitar algún permiso judicial para buscar el respaldo legal de lo que se considera un derecho, el azar interviene en cierta medida pues la decisión depende de quién sea el juez responsable.

Sobre el aspecto del permiso judicial existen dos casos notorios sobre la decisión del juez, que se desarrollaron en los EE. UU. y en el Reino Unido de la Gran Bretaña, son los casos de Nancy Cruzan y Anthony Bland, respectivamente.

El primer caso en EE. UU. es el de Nancy Cruzan, en 1983, Nancy de 26 años, sufrió un accidente automovilístico a causa del hielo en el pavimento, en éste Nancy sale “disparada” del vehículo y termina su cuerpo inconsciente boca abajo en un estanque de agua, a consecuencia del cual quedó sin capacidad respiratoria.

Los paramédicos la encuentran sin signos vitales, la reanimaron y estabilizaron, una vez que se le atendió y se le restableció su respiración (no su capacidad respiratoria) se determinó una lesión cerebral irreversible debido al tiempo que había permanecido sin oxígeno.

Las primeras semanas fue capaz de ingerir alimentos por vía oral, después de tres semanas se le implantó un tubo con la finalidad de alimentarla e hidratarla.

Los padres de Nancy solicitaron a las autoridades médicas se le retirara la alimentación por vía oral una vez que resultó evidente que jamás recobraría sus facultades mentales, y esto le produciría la muerte por deshidratación y

desnutrición, obviamente el personal médico del hospital se negó a tal acción sin tener una orden judicial.

Aquí inicia el proceso legal que duraría hasta siete años.<sup>116</sup> Un primer juez del Estado de Missouri había consentido que se retirara la alimentación artificial con base al derecho solicitado por los padres, garantizado por la constitución estatal y federal, consistente en rehusar un procedimiento clínico con el fin de prolongar la vida.

Además de que estaba sustentado por el testimonio de los padres que su hija había expresado en diversas ocasiones que no hubiera querido que la mantuvieran viva en tal condición.

Sin embargo el defensor de oficio designado para Nancy sintió la responsabilidad moral de apelar tal decisión, y la Suprema Corte del Estado de Missouri determinó que la ley de ese Estado no permitiría que se retirara el apoyo clínico administrado a Nancy.

Argumentando que ***en tanto que no se presenten pruebas claras que la paciente hubiera querido tal determinación, para lo cual, tendría que haber***

---

<sup>116</sup> R. Baird y S. Rosenbaum, *Eutanasia: los dilemas morales*, Editorial Alcor, Barcelona, España, 1992, pp. 191-233, "El Estado de Missouri vs Cruzan".

***dejado un “testamento de vida” firmado por ella, en el cual expusiera tal voluntad.***<sup>117</sup>

Ya que de no contar con un documento probatorio, el Estado estaba obligado a preservar y aplicar los recursos médicos necesarios para prolongar la vida de Nancy por el deber que tenía de respetar la santidad de la vida.

Los padres apelaron en Washington, D.C. ante la Suprema Corte de la Nación, argumentando que su hija tenía el derecho constitucional para que se le permitiera morir, pero la Suprema Corte no decidió si debía permitirse el retiro del tratamiento que le mantenía viva.

Más bien respaldó en su decisión a la Corte del Estado de Missouri en su derecho de tomar sus decisiones propias y de mostrar la evidencia que demostrara cuál era la voluntad de Nancy.

Después de esta determinación por parte de la Suprema Corte de la Nación, el Estado de Missouri concedió a Nancy el derecho a morir al aceptar como evidencia el testimonio de sus amigos, quienes declararon que ella había indicado

---

<sup>117</sup>Álvarez del Río, Asunción, Op. Cit., nota 17, pp. 87 y 96. *“The United States Constitution does not forbid Missouri to require that evidence of an incompetent's wishes as to the withdrawal of life-sustaining treatment be proved by clear and convincing evidence.* Pp. 269-285. [497 U.S. 261, 262]”. Traducción: La Constitución de los Estados Unidos no prohíbe al estado de Missouri el requerir de evidencia sobre “deseos o voluntad de incompetencia” como una disposición para el tratamiento en el sustento de la vida, para ser demostrado como una evidencia (prueba) clara y convincente.

que prefería morir antes que verse en la situación de dependencia artificial de su vida.

En su tumba, están grabadas, junto a su fecha de nacimiento, 20 de julio de 1957, otras dos fechas, “11 de enero de 1983 el día que partió” y “26 de diciembre de 1990 el día que descansó en paz”.

El segundo caso es en Reino Unido de la Gran Bretaña, corresponde a Anthony Bland, un joven de 17 años aficionado al fútbol, que en 1989 presenció la semifinal en la que jugó su equipo favorito en Sheffield, Inglaterra.

En el estadio, la multitud intentó en masa ingresar a la cancha de juego cuando el partido inició, provocando un accidente en el que murieron 95 personas, y Anthony fue “aplastado” contra las rejas y el pavimento, sus pulmones y cerebro quedaron sin oxígeno tanto tiempo que cayó en estado vegetativo persistente.

Ni la familia de Anthony así como el médico a su cargo y el médico externo consultado por éste último veían algún beneficio en alimentar artificialmente al joven para mantenerlo vivo.

Por el hecho de que había una línea de investigación judicial por las muertes causadas en el estadio, se hubiera procedido como es común en Reino

Unido de Gran Bretaña cuando todos los involucrados están de acuerdo, es decir, se hubiera retirado el tratamiento.

Sin embargo, el médico responsable de Anthony consideró pertinente informar a las autoridades, luego entonces fue advertido que bajo las circunstancias del accidente corría el riesgo de ser procesado judicialmente por homicidio.

El juez al que se acudió para decidir el caso, confirmó el riesgo que habría corrido el médico, dados los hechos del accidente.

Fue necesario llevar el caso ante la Cámara de los Lores, porque el defensor que nombró el Estado para garantizar los derechos de Anthony se opuso ante la decisión de los jueces, que autorizan a los padres a retirar el tratamiento de vida artificial, primero en la División Familiar<sup>118</sup> y luego en la Corte Suprema Inglesa.<sup>119</sup>

Aun cuando el defensor estaba de acuerdo en que Anthony jamás recobraría sus facultades mentales, se oponía a que se le dejara morir, por

---

<sup>118</sup> Álvarez del Río, Asunción, Op. Cit., nota 17, p. 97. Por semejanza a lo que conocemos en México como los juzgados de lo familiar.

<sup>119</sup>Ibídem, p. 98. “*High Court*”, Corte Suprema. Por “encima” de ésta, jerárquicamente se encuentra “*The House of Lords*”, y de ésta última, son inapelables sus resoluciones judiciales.

considerar el valor intrínseco de la vida por encima de cualquier otro bien o circunstancia.

En las discusiones sobre el tema, en la Cámara de los Lores, Lord Hoffmann, considerando los antecedentes que conoció sobre Anthony y de quienes convivieron cerca de él, como sus padres, compañeros de escuela y vecinos, obtuvo un resultado.

Determinó que si le fuera posible a Anthony elegir, hubiera preferido morir y no seguir viviendo en las condiciones en que se encontraba por encima del respeto y la santidad a la vida para mantenerlo vivo, por esto la autodeterminación justificaba a la ley para permitirle morir.

Es de imaginar el dolor por el que pasaron los padres de este joven por una resolución que se hubiera podido tomar de manera fácil, tuviera que posponerse por causas judiciales por cuatro años.

La importancia jurídica del caso radica en que se cuestionó al sistema judicial de Gran Bretaña, determinante en Canadá, Australia, Nueva Zelanda,

Belice y otros países que integran el Common Law, en el aspecto del apoyo médico artificial de pacientes en estado vegetativo persistente.

La novedad del caso Bland fue que se sentó un precedente con el que cabe la posibilidad de otorgar el permiso judicial para que los médicos ayuden a morir a tales pacientes.

### **3.3.1 DIFERENCIAS ENTRE EUTANASIA Y SUICIDIO**

Entre los países que se legisla sobre la muerte asistida como Australia, Bélgica, Óregon EE. UU. Y Países Bajos, no hay una concepción uniforme de esa práctica ya que varían las condiciones en que se justifica y permite, lo cual significa que hay posiciones muy diversas sobre el derecho a la muerte voluntaria.

Se puede cuestionar si un paciente tiene el derecho a decidir sobre la terminación de su vida y da lugar a una pregunta general: ¿Se reconoce este derecho para cualquier persona? Lo cual constituye el punto o idea central del suicidio.

Se puede suponer que si se reconoce el derecho de un enfermo terminal a decidir sobre la terminación de su vida, previamente tendría que reconocerse este derecho para toda persona.

La forma y el grado en que las personas se ven afectadas por la terminación voluntaria de la vida varían de acuerdo a las circunstancias en que se toma esta decisión y por la forma en que se realiza.

Es por esto que resulta doloroso descubrir que una persona cercana se ha suicidado sin que se tuviera alguna advertencia de las consecuencias, lo cual es distinto a asimilar la muerte de un ser querido que decidió poner fin a su vida mediante la eutanasia, para terminar con el sufrimiento de una enfermedad.

En el suicidio hay hechos que provocan angustia, como cuestionar la soledad que envolvió tal decisión así como su forma de ejecución, la posibilidad que la muerte fuera violenta, el no comprender la causa por la que el autor decide la terminación de sus proyectos de vida y la posible culpa de pensar que pudo brindarse una ayuda que no se le pudo dar.<sup>120</sup>

---

<sup>120</sup> Álvarez del Río, Asunción, Op. Cit., nota 17, p. 196. En nuestra cultura horrorizada por el suicidio no es admitido que alguien se quite la vida sin importar por lo que pase en sus pensamientos y emociones. Al no aceptarlo, se busca un chivo expiatorio para convertir al suicida en víctima de alguien o de alguna situación. Se considera que éste deja a quienes le sobreviven un mensaje, no necesariamente escrito, de culpa o condena sin posibilidad de aclarar situaciones y conductas.

En el caso de la eutanasia, el hecho de que no existan estos elementos no elimina el dolor que siempre produce la muerte, pero evita los hechos anteriores como la angustia, culpa y otras aflicciones adicionales que son muy características en las personas que le sobreviven al suicida.

Reconocer el derecho de un paciente a decidir la terminación de su vida implica reconocer este mismo derecho para cualquier persona. La opción a elegir la muerte es inseparable de la libertad del ser humano para vivir.

En este sentido vivir es siempre una elección porque se puede elegir no hacerlo, es por esto que puede ser menos perturbadora una muerte producida por una eutanasia que la causada por un suicidio, esto, por las condiciones en que se dan cada una de estas muertes.

A diferencia de lo que sucede con la persona que decide se le practique la eutanasia compartiendo la decisión con su médico y sus familiares, la persona que decide suicidarse, al no querer o no pedir ayuda, tiene que utilizar los medios que estén a su alcance para procurarse la muerte.

Por esto es probable que el suicida muera de una manera violenta y dolorosa, además que el individuo corre el riesgo de fallar en su intento y seguir viviendo en un estado físico y psicológico que pudiera ser muy lamentable; en este

sentido, la forma de morir mediante el suicidio difiere mucho de la eutanasia, la cual procura un fin seguro y sin dolor.

Es comprensible que la muerte de un familiar sea menos traumática si éste muere por eutanasia que por suicidio. Resulta interesante reflexionar sobre el hecho que pueda ser menos traumática la muerte por eutanasia que la muerte por causas naturales.

Además de las diferencias entre una y otra forma de muerte, hay otra que llama la atención por obvia que ésta parezca: por el hecho que quien se suicida actúa sin involucrar a otros; mientras quien pide la eutanasia sí comparte con otros la responsabilidad de su decisión.

En la eutanasia, quien decide morir comparte la responsabilidad de esa determinación al menos con su médico, aunque también es probable que lo haga con uno o más de sus familiares.

Pareciera necesario explicar un poco más esta diferencia, por la cual la eutanasia se considera una acción que puede llegar a permitirse o tolerarse, mientras que no sucede lo mismo con la ayuda a quien quiere suicidarse.

¿Será esta la diferencia en la percepción social la que obliga al suicida a una mayor clandestinidad y soledad? ¿Será esta misma percepción social la que reconoce al suicidio como algo rechazable en sí mismo?

En la mayoría de los países aunque el suicidio no es penalizado, se considera delito el auxilio al suicidio, por muy contradictorio que resulte considerar ilegal una acción que consiste en ayudar a cometer otra acción que “supuestamente es legal”.

Respecto a la penalización del auxilio al suicidio, hay Códigos que castigan esta complicidad, para ejemplificar algunos casos se enlista:<sup>121</sup>

1. El Código de Argentina, artículo 83, impone una pena de cinco años de prisión;
2. El de Países Bajos, artículo 325, penaliza la instigación y la ayuda en el suicidio a petición de la víctima con cárcel de uno a siete años;
3. El de Italia, artículo 380, de cinco a doce años de prisión si se consuma el suicidio, y de uno a cinco años si se intentaba o resultaban lesiones graves;
4. El de Suiza, artículo 115, sólo por motivos egoístas, y si se consumó o intentó el suicidio, hasta cinco años de prisión;

---

<sup>121</sup> Pérez Varela, Víctor M., Op. Cit., nota 41, p. 218.

5. El de Japón, artículo 202, no menciona la ayuda al suicidio, sólo la instigación, *“por instigación, ayuda o a petición de la víctima, de seis meses a un año de cárcel.”*

Puede ser que el suicida esté decidido a terminar con su vida, pero está consciente que sería inaceptable pedir esa ayuda a otros y por esa razón se siente obligado a actuar por sí mismo.

El tema del suicidio, está frecuentemente asociado a la enfermedad mental, como resultado de una distorsión psicológica y por ello es que debe prevenirse, y es esta la posición de la psiquiatría, mientras que para otros, el suicidio puede justificarse siempre y cuando no sea una sintomatología psiquiátrica tratable que disminuya la libertad de la persona.

Esto da por resultado que hay suicidios que no implican una enfermedad mental y que son acciones extremas mediante las cuales las personas expresan su última posibilidad de libertad.

### **3.4 LA VOLUNTAD DEL TITULAR EN LA DISPOSICIÓN DE LA VIDA**

Una razón por la que puede justificarse pedir y dar ayuda para morir en la eutanasia o el suicidio médicamente asistido, es que el motivo para decidir terminar

con la vida se dé en una situación en la que la muerte del enfermo se va a producir de manera inevitable en poco tiempo.

Lo único que está pidiendo el enfermo es acelerar ese final para terminar con el dolor o con la indignidad que le causa su condición. Esto equivale a decir que el enfermo elige entre dos formas de morir, de una forma lenta y dolorosa o de una forma apacible sin dolor, de entre dos opciones que son la vida dolorosa y la muerte apacible.

En el primer caso tiene la perspectiva de un fin que espera con horror e incertidumbre por no saber cuánto tiempo más se prolongará su agonía y opta por otro camino que significa la posibilidad de acabar con el sufrimiento y mantener cierto control sobre lo que le queda de vida.

Un motivo por el que se justifica la eutanasia y la muerte médicamente asistida, pero no el suicidio, es por la decisión que se da en el contexto de la atención médica, ya que una vez que el médico reconoce que no puede curar a su paciente, permanece con él para intentar aliviar todos los síntomas que padece.

Sin embargo hay enfermos que no encuentran alivio y consideran insoportable seguir viviendo, no sólo por los terribles dolores e incomodidades que

padecen, sino porque sienten su vida degradada y les parece indigna la condición de dependencia y las limitaciones con que subsisten.

En una situación así podría decirse que al derecho del paciente a decidir la terminación de su vida se añade otro que es el de pedir ayuda y esta petición encuentra respuesta en un médico que considera parte de su deber ayudar a su paciente a morir mejor.

Al identificar las diferencias entre la eutanasia y el suicidio, aparecen elementos como lo es la voluntad para expresar una solicitud de ayuda que involucra a un tercero, el cual puede aprobar o desaprobado ésta.

Es relevante para el derecho establecer en los códigos que pretendan regular la eutanasia, las posibles diferencias que existen en la voluntad del autor, como son:<sup>122</sup>

1. El deseo de finalizar la vida en forma natural pero lentamente o ser auxiliado a morir;
2. La aceptación del autor de lo que es inevitable;
3. Eliminar la vida de la víctima sin su consentimiento expreso, y

---

<sup>122</sup> Pérez Varela, Víctor M., Op. Cit., nota 41, p. 187.

#### 4. Ayudar a morir al paciente en contra de su voluntad.

Para el punto uno, es indispensable hacer las diferencias entre el consentimiento del paciente y su petición. En el derecho ni el consentimiento ni la petición de la víctima justifican eliminar una vida.

En el segundo supuesto ni siquiera se llega al consentimiento del autor. Para el tercer caso, se actúa de manera arbitraria y falta el elemento primordial que configura el modelo de eutanasia.

En el cuarto caso se actúa de una manera violenta lo cual se convierte en homicidio, confrontando al Código Penal del Distrito Federal, en su artículo 123.<sup>123</sup>

Cabe considerar otros factores que intervienen en la eutanasia, como son los médicos, asistentes y parientes, de tal manera que no se sancione la participación del personal médico y sanitario. Adicionalmente, la ley debe prever en la regulación eutanásica otras variantes como la edad del paciente, grado y tipo de enfermedad y situación económica de la familia.

Nuestra realidad jurídica es que si alguien se encuentra “casi muerto”, esto no es un elemento permisible para proceder a terminar con esa vida, las leyes mexicanas expresan de manera general que mientras exista la vida es un delito

---

<sup>123</sup>Op. Cit., nota 2: *Al que prive de la vida a otro, se le impondrá de ocho a veinte años de prisión.*

acabarla, por lo tanto, éstas no consideran la opinión o la voluntariedad del enfermo terminal.

Considerando la opinión del jurista alemán Albin Eser,<sup>124</sup> refiere que no existe un solo problema en definir o identificar plenamente la voluntad del autor, sino que existen muchos otros problemas referentes a la eutanasia, y que de igual manera los legisladores deben ofrecer diversas soluciones atendiendo a la situación de cada caso en particular.

Albin Eser concluye de manera general que al atender a los casos médicos específicos, es como se pueden trazar principios firmes a partir de los cuales debe partir el derecho penal a establecer límites y diferenciar la voluntad del enfermo para separar hechos civiles de actos penales.

En este sentido, pudiera ser contradictorio que se necesite la aprobación de otros para validar la voluntad del enfermo para poner fin a su vida, pero ciertamente hay personas implicadas en el proceso.

Como lo es en primer lugar el médico que ayuda al enfermo a morir, y también los familiares que se ven afectados por su muerte, quienes deben acatar su voluntad, ésta se debe respetar de una manera responsable por parte de los involucrados en la eutanasia, y con más razón si la expresión voluntaria es libre.

---

<sup>124</sup> Pérez Varela, Víctor M., Op. Cit., nota 41, p. 188.

En algunos países que se rigen por el sistema jurídico del Common Law, son comunes los casos que toman la intensidad basada en la voluntad del paciente para una legítima defensa, sin embargo el motivo es preferido en diversas áreas del derecho penal y los códigos catalogan esto como homicidio piadoso.

De tal forma lo define el profesor en derecho Arval Morris: “Si un médico, movido por compasión y de manera consciente mata a un paciente que sufre, el cual libre y voluntariamente solicitó tal acto, entonces éste es considerado un asesinato probablemente en primer grado”.<sup>125</sup>

El homicidio en primer grado del Common Law, tiene su equivalente en la legislación mexicana para las reglas del homicidio: *“El que prestare auxilio o indujere a otro para que suicide, será castigado con la pena de uno a cinco años de prisión, si se lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, la prisión será de cuatro a doce años.”*<sup>126</sup>

### **3.5 PROPUESTAS PARA SU LEGALIZACIÓN EN MÉXICO**

El pasado 5 de febrero de 2015 se realizó una propuesta de ley en la Dirección de Procesos Legislativos del Congreso de Jalisco para crear la Ley de

---

<sup>125</sup> Cfr. Pérez Varela, Víctor M., Op. Cit., nota 41, p. 190.

<sup>126</sup> *Código Penal Federal*, artículo 312, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, Dirección General de Servicios de Documentación, Información y Análisis, 2014.

Muerte Asistida en el Estado, siendo su promotor el diputado priista Roberto Mendoza Cárdenas.<sup>127</sup>

Esta iniciativa propone una ley de siete capítulos que contienen 26 artículos, estableciendo derechos y obligaciones para los enfermos terminales que voluntariamente soliciten una muerte asistida.

En el proyecto se define la creación de dos documentos, uno notariado denominado “escritura pública de muerte asistida” en el que se plasma la voluntad expresa del paciente terminal de solicitar la eutanasia ante ciertas condiciones clínicas que se encuentre experimentando, de igual manera se denomina otro documento como “acta de voluntad anticipada”.<sup>128</sup>

En el segundo documento, se pretende establecer de manera previa a los hechos clínicos, cuál sería la voluntad del autor en caso de verse en una enfermedad terminal, el cual se tramitaría ante la Secretaría de Salud para ejecutar la muerte asistida ante determinadas circunstancias predefinidas.

El artículo 2 de esta propuesta de ley define cuál es su finalidad: *“Esta ley tiene como objeto regular el derecho de una persona a planificar los cuidados y*

---

<sup>127</sup> [www.eluniversal.com.mx/estados/2015/congelan-ley-muerte-asistida-jalisco-1080171.html](http://www.eluniversal.com.mx/estados/2015/congelan-ley-muerte-asistida-jalisco-1080171.html)

<sup>128</sup> No confundir con la Ley de Voluntad Anticipada, exclusiva para el Distrito Federal, cuya finalidad es contraria a la muerte asistida.

*tratamientos de salud que desea recibir o rechazar en el momento en que no sea capaz, por sí misma de tomar decisiones”.*

Es de notar que el mencionado legislador no establece claramente la finalidad de la propuesta de ley en el artículo 2, ya que ésta considera un tratamiento de ortotanasia, la cual está definida en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal y no como una legislación local de muerte asistida para el Estado de Jalisco.

El legislador Roberto Mendoza Cárdenas expone sus motivos basado en la Declaración Universal de los Derechos Humanos argumentando que: *“ninguna persona será sometida a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes, con lo cual se abre la posibilidad de reglamentar la eutanasia, que puede ser un derecho, bajo ciertos requisitos y condiciones”.*

El legislador antes mencionado, precisa que la eutanasia es una alternativa en defensa de la dignidad humana, ya que resulta indigno aplicar todos los esfuerzos médicos en intentar prolongar la vida del paciente terminal cuando se sabe de antemano que no existen más soluciones.

La iniciativa se turnó a dictamen el pasado 19 de febrero de 2015 para antes de pasar a sesión del pleno, sin embargo, si diera resultados ésta,

consecuentemente se tiene que modificar el artículo 4 de la Constitución Política del Estado de Jalisco,<sup>129</sup> el cual tuvo una última reforma en su primer párrafo el 2 de julio de 2009 durante la 58ª. Legislatura.

Esta reforma entre otros objetivos establece la obligación del Estado de proteger la vida desde el momento de la fecundación hasta la muerte natural.

Otra propuesta de muerte asistida es el Proyecto de Decreto que Reforma y Adiciona Diversos Artículos de la Ley General de Salud, del Código Penal Federal e Iniciativa de Decreto para Reformar la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, presentada en la Asamblea Legislativa del Distrito Federal el 21 de noviembre de 2012 por el diputado priista Armando Tonatiuh González Case.<sup>130</sup>

El legislador afirmó que la muerte al ser un fenómeno natural aunada a los avances tecnológicos en la medicina han surgido cuestionamientos que antes no existían al final de la vida del enfermo terminal.

---

<sup>129</sup>Constitución Política del Estado de Jalisco, Secretaría de Educación, Artículo 4: *Toda persona, por el sólo hecho de encontrarse en el territorio del estado de Jalisco, gozará de los derechos que establece esta Constitución, siendo obligación fundamental de las autoridades salvaguardar su cumplimiento. Asimismo, el Estado de Jalisco reconoce, protege y garantiza el derecho a la vida de todo ser humano, al sustentar expresamente que desde el momento de la fecundación entra bajo la protección de la ley y se le reputa como nacido para todos los efectos legales correspondientes, hasta su muerte natural.*

<sup>130</sup>Gaceta Parlamentaria de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, VI Legislatura, 21 de noviembre de 2012, Número 023, Año 01, pp. 125-138.

Es por esto que el legislador discute el hecho de prolongar o no la vida por medios artificiales, dejar morir al enfermo terminal o no dejarlo morir, así como cuál es la obligatoriedad del Estado para que se cumpla la voluntad de éste.

De igual manera expone en forma general antecedentes legislativos:

1. Países Bajos se convierte en abril de 2001 en el primer país en legislar sobre la eutanasia, brindando a los pacientes el suicidio asistido mediante la inyección letal;
2. En septiembre de 2002 Bélgica permite el suicidio asistido para pacientes que aún no se encuentren en fase terminal y despenaliza el procedimiento aplicar en adultos con determinados tipos de cáncer y enfermedades neuro-psiquiátricas;
3. Francia reconoce en 2005 el derecho del paciente terminal a rechazar tratamientos considerados por éste como inútiles, sin tener legalizada la eutanasia;
4. En Óregon, EE. UU. se encuentra legislado el suicidio asistido;
5. Desde 1942 en Suiza es legal recetar drogas letales para quien tenga el deseo de suicidarse, denominado en su ley como suicidio asistido;

6. En Japón no existe legislación sobre el tema, sin embargo hay precedentes de casos en los que médicos fueron absueltos por el cometer eutanasia activa o pasiva, y existen propuestas de ley para la legalización de ambas;
7. En la legislación de Dinamarca se aplica el perdón judicial, no exentando el procedimiento, siempre y cuando la muerte fuera con consentimiento y operando con móviles de piedad; y
8. El artículo 116 del Código Europeo de Deontología Médica permite la omisión o retiro de medios extraordinarios o desproporcionados que tengan como finalidad prolongar artificialmente la vida del paciente terminal.

Conforme al artículo 312 del Código Penal Federal en México se prohíbe y castiga la aplicación de la eutanasia y del suicidio asistido, aunque éste no la refiere en sentido tácito, pero sí en forma implícita, lo cual correspondería que bajo ciertos cuidados profesionales se terminara con la vida a petición del paciente o se le preste auxilio.

Por lo anteriormente expuesto en México se considera homicidio la omisión de actos que conlleven la suspensión de tratamientos al paciente causándole la muerte, sin consideraciones en la legislación si éste sufre físicamente o no, es por

ello que el diputado Armando Tonatiuh González Case considera necesario legislar sobre el tema.

Por ello en su Proyecto de Decreto que Reforma la Ley General de Salud se implementa en los artículos 166 bis y 166 Bis 1 el término de **muerte asistida** con lo cual se da la facultad de la decisión final al Comité de Bioética de la Asamblea Legislativa y se pretende facultar a las instituciones de salud hacer posible su ejecución.

Los principales artículos que implementan la novedad de este término son el 166 bis y 166 Bis 1. Adicional a éstos también se reforman los siguientes: 166 Bis 3, 166 Bis 4, 166 Bis 5, 166 Bis 7, 166 Bis 9, 166 Bis 11, 166 Bis 15, 166 Bis 16, 166 Bis 17, 166 Bis 19.

Se deroga el 166 Bis 21 de la referida Ley General de Salud para quedar como sigue los dos primeros y más destacados artículos sobre muerte asistida:

**Artículo 166 Bis.** El presente título tiene por objeto:

- I. Salvaguardar la dignidad de los enfermos en situación terminal;
- II. Garantizar una **muerte** natural o **asistida** en condiciones dignas a los enfermos en situación terminal.

**Artículo 166 Bis 1.** Para los efectos de este título, se tendrá por:

**XII. Muerte asistida: es el derecho que tiene un enfermo en estado terminal de solicitar, ante el Comité de Bioética de la institución, el momento de su muerte, con el objeto de evitar sufrimientos y agonía dolorosa como consecuencia de una enfermedad grave e incurable.**

En cuanto a las propuestas por el hecho de permitir que los médicos ayuden a los enfermos terminales que voluntariamente soliciten la eutanasia, no tiene por qué pensarse que éstos den muerte a enfermos o ancianos que no se han manifestado en tal sentido.

Si así fuera sería lamentable, ya que significaría que no se toman en cuenta los requisitos para cumplir tal voluntad.

Bajo este esquema resulta difícil pensar que se “abusaría” de la muerte asistida como consecuencia de su legalización, la mejor manera de evitar los abusos en las decisiones al final de la vida de enfermos terminales, es conocer las situaciones concretas en que se dan enfermedades en diferentes circunstancias para establecer bases claras con elementos reales.

### 3.6 LA LEY COMO UN INSTRUMENTO REGULADOR

Uno de los mayores retos para los países que consideran que la legalización de la muerte asistida representa un peligro para sus ciudadanos, es encontrar los procedimientos más seguros y confiables para su aplicación, de este modo se podrá establecer el límite entre lo que es permisible y lo que es un delito.

Esta es la función del derecho, delimitar con base a los procedimientos que definen que en lo permisible se puede establecer una clara diferencia entre ayudar a morir a quien así lo solicite y lo que es matar a alguien sin tomar en cuenta su voluntad.

Si la eutanasia se justifica por el hecho del paciente a decidir la terminación de su vida y a recibir ayuda de su médico para ello, entonces se debe legalizar definiendo claramente bajo qué criterios se aplica. Si por el contrario, no se justifica con procedimientos y requisitos claramente establecidos, sencillamente se concluye que no debe legalizarse.

No es un razonamiento válido sostener que debe prohibirse en todos los casos para evitar que algunas personas hagan mal uso de ella, más bien lo que corresponde es establecer los procedimientos que permitan minimizar los riesgos ya que son éstos los que se quieren evitar.

El objetivo que se pretende con la legalización de la eutanasia es hacer respetar la voluntad de los ciudadanos que desean poner fin a su vida en determinadas circunstancias por medios asistidos adecuados, no es terminar con la vida de cualquier persona.<sup>131</sup>

Las leyes vigentes de un país se tienen como un reflejo de los postulados éticos que rigen en cada momento a la mayoría de los ciudadanos, y bajo este esquema, la legalización de la eutanasia puede ser cuestión de tiempo, ya que con el transcurso de éste la mentalidad a favor de la eutanasia puede abarcar a la mayoría de los ciudadanos.

Es a partir de esto que el derecho reflejará el sentir ciudadano que se tenga en su momento preciso, estableciendo una norma jurídica que contribuya a mejorar la dignidad y libertad del paciente terminal mediante la debida asistencia médica.

Los lineamientos que se deben considerar para una debida legalización en la toma de decisiones al aplicar la eutanasia, son propuestos por Thomas C. Oden en su libro *Should Treatment be Terminated?* En éste aborda 42 propuestas para una solución legalmente correcta.<sup>132</sup>

---

<sup>131</sup>Sotelo Salgado, Cipriano, Op. Cit., nota 3, p. 244.

<sup>132</sup>Pérez Varela, Víctor M., Op. Cit., nota 41, pp. 161 a la 165.

Cada propuesta de Oden analiza por lo menos siete elementos de juicio ante una enfermedad terminal como trascendentales, a considerar:

1. Edad, estado civil y papel en la familia;
2. Gravedad del deterioro físico;
3. Expectativas de vida y probabilidades;
4. Gravedad del deterioro de las facultades mentales;
5. Grado de malestar físico;
6. Si el paciente se encuentra consciente considerar sus preferencias, y
7. Cuáles son las preferencias de la familia sobre determinado tratamiento.

De igual manera el autor presenta ocho razones para terminar un tratamiento así como sus contrapartes, con la finalidad de ponderar pros y contras para ayudar al enfermo terminal, a sus familiares y otros involucrados en firmar un documento clínico o que la enfermedad continúe su proceso natural. La pregunta principal es: ¿el tratamiento puede terminarse?

## SÍ

- 1.- Existe consentimiento informado del paciente, médico, hospital y familia.
- 2.- Hay una pérdida cognoscitiva del paciente y las otras dos partes coinciden que no hay esperanza.
- 3.- Cuando existe una clara evidencia irrefutable que la muerte biológica es un hecho inminente.
- 4.- Presencia de un dolor insoportable que no tiene remedio clínico.
- 5.- Total desmoralización del que se traduce en una falta de voluntad de vivir con el deseo de morir.
- 6.- Alto costo en el tratamiento que ofrece mínimas esperanzas, con el resultado de empobrecimiento.
- 7.- Cuando se da un limitado uso del equipo de terapia intensiva.
- 8.- El encargado no desea continuar en asistir al paciente sin esperanza.

## NO

- 1.- El consentimiento no es un valor absoluto.
- 2.- Ante un probable falso diagnóstico, ¿dónde se delimita la baja calidad de vida?
- 3.- La inminencia de la muerte varía en opiniones ¿Es cuestión de horas, días, semanas?
- 4.- Existen analgésicos y terapias que reducen el dolor y la angustia.
- 5.- Son conocidos los casos clínicos en los que el paciente sufre periodos intermitentes de depresión.
- 6.- Analizar hasta qué punto la vida es un concepto presupuestal fijo, personal o familiar.
- 7.- Cuando se limita el uso del equipo, interviene la acción médica personal.
- 8.- La vida no depende de la valoración personal de un familiar o encargado.

Retomando la idea de los procedimientos y requisitos claramente establecidos en una ley sobre el tema de la eutanasia debe ser clara en sus planteamientos para evitar caer en el denominado efecto “palanca” o “pendiente resbaladiza”.

Consiste que al admitir su legalización con determinados supuestos, éstos, después de algún tiempo pueden conducir a una difícil determinación y a justificar prácticas que parecieran aberrantes, como quitar la vida a ancianos limitados físicamente, a incapaces o lisiados improductivos.

Lo explica en sus palabras José Luis Puerta López-Cozar: *“Si moralmente se justifica un primer paso A, progresivamente se darán otros sucesivos B, C, D, etc. De tal manera que cualquier otro subsiguiente originado del primero A será justificable tanto como si una parte del primero permaneciera en el subsiguiente”*.<sup>133</sup>

Este efecto se observaba en Países Bajos a partir de 1993 al despenalizar la eutanasia cumpliendo con determinados requisitos médicos, pero no fue hasta que se modificó el Código Penal Holandés que se puso un límite a la “pendiente resbaladiza”, con esto el delito de eutanasia aún existe en el referido ordenamiento.

---

<sup>133</sup> Cfr. Sotelo Salgado, Cipriano, Op. Cit., nota 3, p. 249. y Puerta López-Cozar, José Luis, *La pendiente resbaladiza en las decisiones médicas concernientes a la eutanasia*, Madrid, Editorial Nóesis, 1995, p. 183.

Pero se realizó la enmienda a dos artículos de la Ley Holandesa de Enterramientos, anteriormente a la modificación había varias opciones al momento de extender el certificado de defunción, como muerte natural para proceder al enterramiento, o por muerte no natural en la que la policía y el Ministerio Público debían investigar la causa.

La enmienda en la Ley de Enterramientos ofreció una tercera opción en la que si el paciente muere por eutanasia eliminando la muerte natural y no natural, sino de muerte clínicamente asistida, entonces el médico debe presentar cuestionarios, historial clínico, solicitud del paciente, y acciones ejecutadas.<sup>134</sup>

Lo que se pretende es que las autoridades controlen por medio de la legislación la práctica de la eutanasia y exista una jurisprudencia al respecto.

### **3.7 ESTADÍSTICAS DE OPINIÓN EN MÉXICO**

En la Iniciativa con Proyecto de Decreto que Reforma y Adiciona Diversos Artículos de la Ley General de Salud propuesta por el diputado Armando Tonatiuh González Case, se ofrecen estadísticas de opinión entre otros motivos.<sup>135</sup>

---

<sup>134</sup> Sotelo Salgado, Cipriano, Op. Cit., nota 3, p. 251.

<sup>135</sup> Op. Cit., nota 117, p. 127.

Las estadísticas que ofreció el diputado en su iniciativa, son los resultados ofrecidos por Consulta Mitofsky,<sup>136</sup> en la se realizó una encuesta telefónica en 2011 con la finalidad de conocer si la población estaba de acuerdo o desacuerdo con la muerte asistida o eutanasia en México.

Los resultados fueron los siguientes: del total poblacional entrevistado 58% fueron hombres y el 54% mujeres, de los cuales contestaron afirmativamente el 40% y 44% respectivamente respondieron en sentido negativo.

Por edades: entre 18 y 29 años el 67% manifestó estar de acuerdo y el 32 en desacuerdo; de los 30 a los 49 años el 54% se manifestó a favor y el 44% en contra; de personas mayores de 50 años el 42% la acepta y el 56% no.

Finalmente, por el área de estudios, de los individuos sin estudios o con primaria el 35% la aprueba y el 60% la rechaza; con secundaria o preparatoria el 57% manifestó estar de acuerdo y el 42% no; con estudios profesionales o más el 65% la apoya y el 33% en contra.

Actualmente las estadísticas de eutanasia son poco conocidas, influyendo el impedimento legal para su práctica, adicional a los datos anteriores, se ofrecen otros extraoficiales obtenidos con la población de diversos hospitales.

---

<sup>136</sup> Empresa especializada desde 1995 en el campo de la opinión pública y encuesta en EE. UU., México y Centroamérica.

La población entrevistada fue de los hospitales del IMSS, ISSSTE y hospitales generales, los resultados dejaron ver que la práctica de la eutanasia en los centros médicos es entre un 60% y 70% del total de pacientes que ingresan en estado terminal.

Estos mismos porcentajes ingresan en demanda de servicios de salud y son desatendidos médicamente casi con el propósito de que terminen sus días por falta de disponibilidad en los equipos así como de espacios, por lo que consecuentemente se produce una eutanasia omisiva o pasiva.<sup>137</sup>

La mayoría de las personas encuestadas prefieren poner en manos de un Consejo Consultivo Médico, que se tome en forma colegiada la decisión de un veredicto final, lo cual demuestra que la persona por sí misma es incapaz de resolver ésta y no confiar en una institución médica en general ni en un particular.

La causa principal para autorizar la práctica de la eutanasia es evitarle sufrimiento al paciente terminal, lo cual se traduce en motivos piadosos, de ahí que se vea esta práctica como positiva.

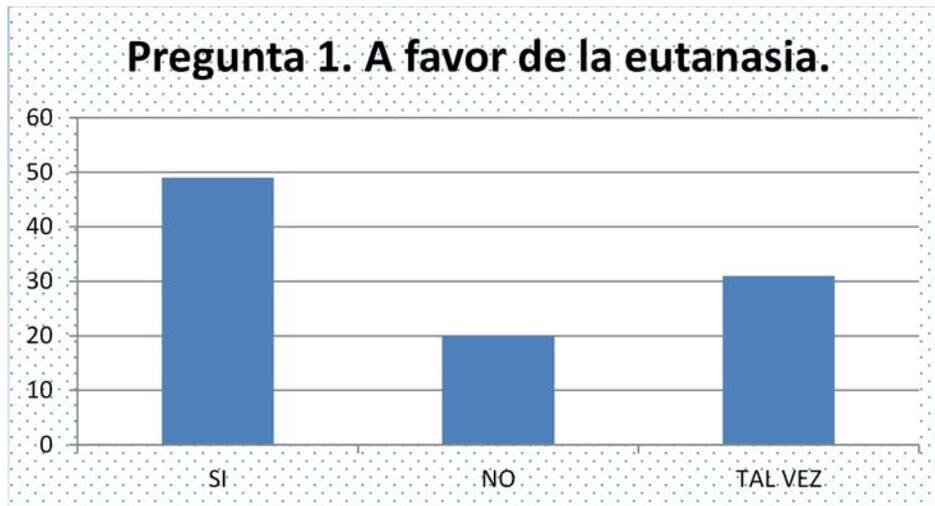
---

<sup>137</sup> Cfr. Sotelo Salgado, Cipriano, Op. Cit., nota 3, pp. 294 a 301.

Las preguntas realizadas son las siguientes:

**Pregunta 1:** ¿Si usted tuviera un pariente con enfermedad terminal y ésta sólo causa dolor al paciente sin opción a recuperar la salud, está de acuerdo en que se le practique la eutanasia?

a)	SÍ	49%
b)	NO	20%
c)	TAL VEZ	31%
	TOTAL	100%



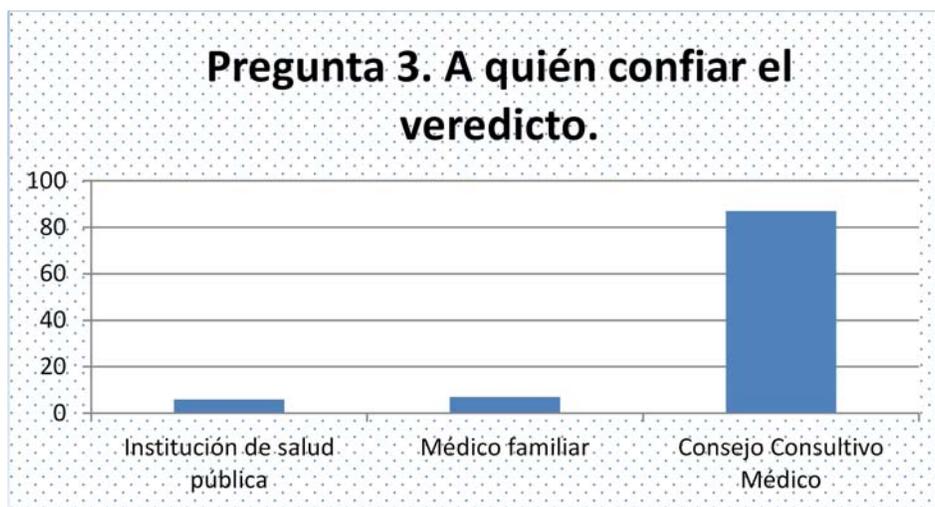
**Pregunta 2:** ¿Cuál sería el motivo por el que autorizaría la práctica de la eutanasia en un enfermo terminal?

a)	Evitar sufrimiento al paciente	78%
b)	No tiene tiempo para atenderlo	12%
c)	Evitar sufrimiento a la familia	8%
d)	Recursos económicos limitados para la atención médica	2%
	TOTAL	100%



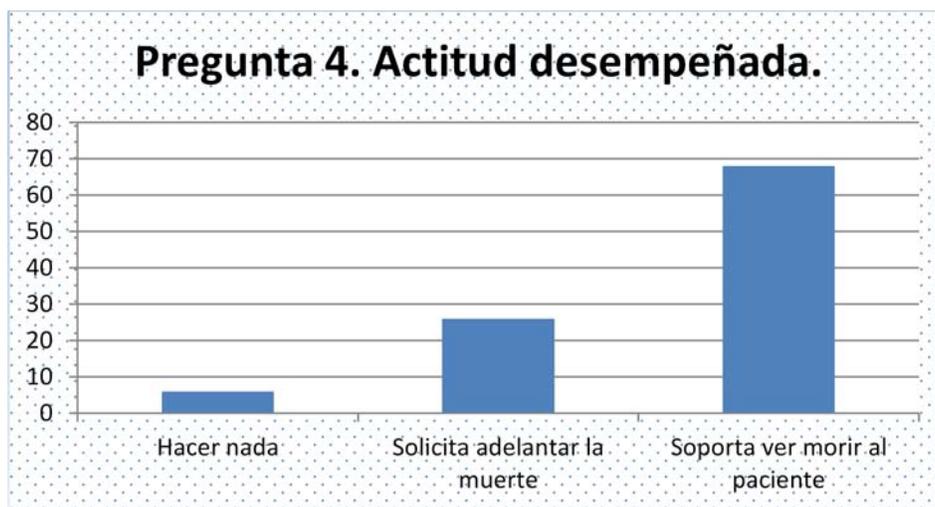
**Pregunta 3:** ¿A quién confiaría el veredicto del paciente en estado terminal?

a)	A una institución de salud pública	6%
b)	A un médico familiar particular	7%
c)	A un consejo consultivo médico de 5 especialistas	87%
	TOTAL	100%



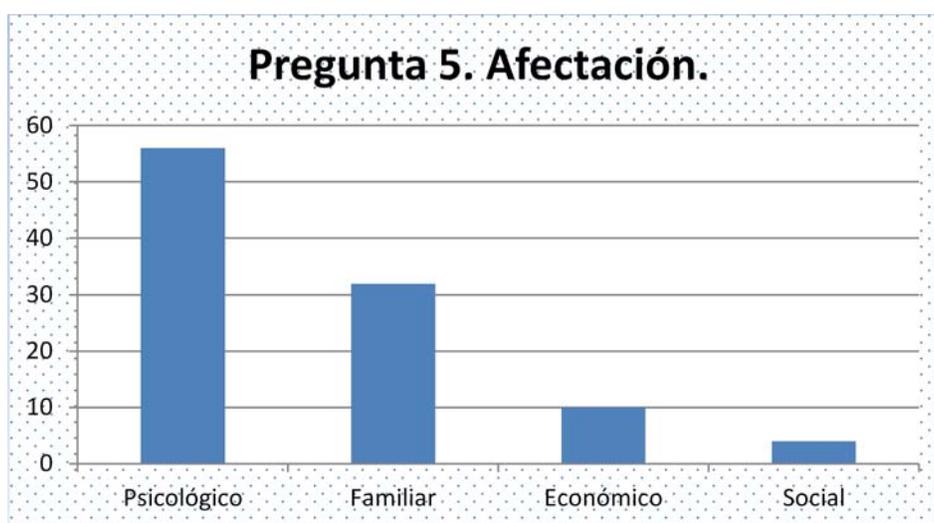
**Pregunta 4:** ¿Ha tenido familiares en estado terminal? Si la respuesta es afirmativa, señale qué actitud demostró usted ante la enfermedad.

a)	No hizo nada	6%
b)	Deseó adelantar la muerte de su familiar	26%
c)	Soportó la situación viendo morir a su paciente	68%
	TOTAL	100%



**Pregunta 5:** ¿En cuál de los siguientes aspectos le afectó tener un familiar en fase terminal?

a)	Psicológico	56%
b)	Familiar	32%
c)	Económico	10%
d)	Social	4%
	TOTAL	100%



Se concluye que las personas que han tenido un familiar en estado terminal se han visto obligadas a sacrificar parte de su patrimonio con la finalidad inútil de prolongar la vida del mismo, aunado a la enorme afectación emocional que esto conlleva.

De igual manera hacen un esfuerzo por cuidarlo pero sin la más mínima participación personal directa por ayudarlo, no pudiendo hacer algo y sólo ver cómo muere lentamente.

CAPÍTULO CUARTO  
ASPECTOS LEGALES EN MÉXICO

**4.1 SUPUESTOS ANTIJURÍDICOS EN LA CONDUCTA EUTANÁSICA**

En opinión del maestro Carrancá y Rivas, el delito es una conducta humana, pero no toda conducta humana es delictuosa, y define la antijuricidad como la oposición a las normas de la cultura reconocidas por el Estado”.<sup>138</sup>

Es por ello que la antijuricidad es considerada como un concepto negativo por radicar en la violación del valor o bien protegido, por lo tanto habrá un delito cuando se actúa contra las normas de la cultura que permiten la convivencia y subsistencia de la sociedad.

La práctica de la eutanasia es un reflejo virtual de un homicidio por el hecho de privar de la vida a otro ser, aunque se diferencia de este último por los motivos de piedad, pero indudablemente va en contra de las normas establecidas por la sociedad por estar así reglamentado.

---

<sup>138</sup> Cfr. Sotelo Salgado, Cipriano, Op. Cit., nota 3, pp. 253 a 263.

Es por este motivo que aunque el fin justifica los medios y siempre y cuando la finalidad sea por motivos piadosos, es por lo que se deben justificar los medios para lograr el fin de una buena muerte.

Entre los elementos que se deben considerar para que se logre el fin de una muerte piadosa se debe tomar en consideración la voluntad de morir del paciente así como su consentimiento. Sin embargo, el hecho que el consentimiento es ineficaz está demostrado en el artículo 312 del Código Penal Federal.

Este artículo describe claramente la antijuricidad de la conducta consistente en prestar auxilio a otro para que se suicide o que ejecute su muerte.

En la mayoría de los códigos penales de la República Mexicana está identificada la participación de otro agente en la participación del suicidio, adicionalmente consideran que el acto individual de privarse de la vida no es una conducta punible tanto en el caso de consumación, por razones obvias, como en las situaciones de tentativa.

No existe uniformidad en cuanto a la punibilidad por la participación de otros agentes en el suicidio pero sí hay unanimidad en cuanto a identificar este

auxilio o instigación, y de igual manera no consideran los motivos, razón por la cual debe ser sancionada ésta con una pena atenuada.

El referido artículo 312 del Código Penal Federal sigue vigente desde el año de 1931, del cual se dependen tres hipótesis:

1. Participación en la inducción, la cual significa excitar, instigar.
2. Proporcionar los medios como armas, veneno o cualquier otro medio de cooperación que es la participación en el auxilio.
3. Un acto pleno en el que el autor cause la muerte.

Esta última situación se le denomina homicidio-suicidio ya que el paciente toma como instrumento al agente activo, y el Código Penal Federal no excluye de responsabilidad a éste aunque lo ejecute por móviles de piedad.

El artículo 313 del Código Penal Federal trata sobre la inducción o auxilio al suicidio y refiere textualmente:

*“Si el occiso o suicida fuere menor de edad o padeciere alguna de las formas de enajenación mental, se aplicará al homicida o instigador las sanciones señaladas al homicidio calificado o a las lesiones calificadas”.*

De lo anterior se deduce que nuestra legislación no tipifica el delito de homicidio consentido o piadoso.

Un caso particular es el Código Penal del Estado de México publicado el 29 de noviembre de 1960, en el artículo 234 fracción III se introduce la figura de homicidio piadoso, que será castigado con prisión de seis meses a diez años y multa de hasta diez mil pesos el homicidio cometido por móviles de piedad mediante súplicas notorias y reiteradas de la víctima.

Este artículo se reformó en 1986 y la conducta de homicidio cometido se tipifica en el artículo 249 fracción III del mismo ordenamiento, que refiere textualmente:

*“Se impondrá de seis meses a diez años de prisión y cincuenta a setecientos días de multa al inculpado de homicidio cometido:*

*Fracción III: Por móviles de piedad, mediante súplicas notorias y reiteradas de la víctima, ante la inutilidad de todo auxilio para el homicidio cometido para salvar su vida”.*

De la segunda hipótesis del artículo 312 del Código Penal Federal, el agente que preste auxilio trata de un supuesto de eutanasia activa la cual no está definida en la ley, al no existir la norma que la tipifique y conforme al principio de legalidad del artículo 14, párrafo tercero de nuestra Constitución, se traduce que no hay delito ni pena. “*Mutuo crimen nulla pena, sine lege*”.<sup>139</sup>

#### **4.2 ANTECEDENTES DE LA EUTANASIA EN EL DERECHO PENAL MEXICANO**

El presidente Pascual Ortiz Rubio expidió el 02 de enero de 1931 el Código Penal Federal que está vigente hasta nuestros días. En la década de los años setenta el texto tuvo más de treinta reformas y actualmente presenta importantes cambios, entre los más destacados se tiene:

- a) Concede al juez libertad en la aplicación de sanciones con penas máximas y mínimas consideradas en la ley;

---

<sup>139</sup> Pimentel Álvarez, Julio, Op. Cit., nota 22, p. 474. Sin ley, recíprocamente no hay crimen ni pena.

- b) Implementación de la suspensión de la pena, artículos 89, 90 y 91; y
  
- c) Ofrece un amplio panorama en los delitos contra la vida y la integridad corporal de los artículos 302 al 343.

El homicidio tiene como elemento material la privación de la vida de un ser humano y para su configuración es necesario el elemento moral consistente en la intención de matar que es el dolo o imprudencia como la culpa.<sup>140</sup>

El dolo, *animus necandi*,<sup>141</sup> se define como la voluntad del agente activo en causar la muerte como lo refieren los artículos 8 y 9 del C.P.F. y la imprudencia consiste en la imprevisión, negligencia e impericia o falta de cuidado.

El homicidio calificado se expresa en el artículo 315 del C.P.F. siempre y cuando se presenten algunos de los elementos tales como la premeditación, alevosía, ventaja o traición, al cual se le impone una pena de veinte a cuarenta años de prisión.

---

<sup>140</sup> Pérez Varela, Víctor M., Op. Cit., nota 41, p. 245.

<sup>141</sup> Quijada Soto, Rodrigo Eleodoro, Op. Cit., nota 84, p. 39. Intención de matar.

En el caso particular de la eutanasia es relevante el elemento de premeditación el cual se da una vez que se ha reflexionado cometer el delito, y como lo refiere el mencionado Código, este delito se realiza con el empleo de venenos, así lo menciona el artículo 315 del C.P.F.

Los artículos 312 y 313 del C.P.F. señalan en forma expresa el tema del auxilio o inducción al suicidio pero no hacen referencia de los motivos del sujeto activo y esto es una grave carencia, ya que éste puede recibir el mismo castigo que aquel otro que indujo al suicidio por móviles egoístas o perversos.

Así, la pena es de uno a cinco años de prisión, pero si el auxilio se proporcionó hasta consumir la muerte entonces la pena será mayor, de cuatro a doce años.

Un proyecto de reforma importante que se presentó para el C.P.F. y de especial interés para el tema de la eutanasia se presentó en 1949 por el Doctor Luis Garrido y los penalistas Celestino Porte Petit, Raúl Carrancá y Trujillo y Francisco Argüelles.<sup>142</sup>

---

<sup>142</sup> Pérez Varela, Víctor M., Op. Cit., nota 41, p. 249.

El artículo 304 trataba en el proyecto de reforma sobre la eutanasia, refiriéndola como privar de la vida a la persona siempre y cuando fuera por móviles de piedad y mediante súplicas reiteradas del agente pasivo, que a la letra expresaba en la segunda parte del referido artículo:

*“Se impondrá de uno a dos años de prisión cuando la privación de la vida se cometa por móviles de piedad, mediante súplicas reiteradas de la víctima, ante la inutilidad de todo auxilio para salvar la vida”.*

La sección de este artículo se refería explícitamente a la eutanasia como un aspecto novedoso y acertado ya que no trata sobre el móvil egoísta pero atenúa la pena cuando se trata por un motivo altruista, por lo que concierne al sujeto activo.

Por lo que corresponde al sujeto pasivo no sólo se señala su consentimiento sino que además la reiterada petición, además de establecer la situación objetiva de la enfermedad al expresar: *“ante la inutilidad de todo auxilio para salvar la vida”.*

El Código Penal del Estado de México entró en vigor el 5 de febrero de 1961 con el gobernador Gustavo Baz, y es el único de los códigos penales de la

República Mexicana que en su legislación se trataba expresamente a la eutanasia en el artículo 234, expresaba:<sup>143</sup>

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

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

La redacción inicial de este artículo coincidía con el 304 del Proyecto del Código Penal Federal de 1949, con la diferencia que los límites mínimos y máximos se amplían de seis a diez años y además se impone una multa de hasta diez mil pesos. La tipificación del delito es correcta y no es excesiva la penalización.

---

<sup>143</sup> Pérez Varela, Víctor M., Op. Cit., nota 41, p. 250.

El Código Penal del Estado de México ha sufrido varias reformas hasta nuestros días y el texto original desapareció y actualmente el artículo 246 hace mención del auxilio prestado al suicidio, el cual está penado, y a la letra refiere:

*“Artículo 246. Al que preste auxilio o instigue a otro al suicidio, sin que este se produzca, se le impondrán de uno a cinco años de prisión y multa de veinte a cien días; y si se produce, se le impondrán de tres a diez años de prisión y de cincuenta a doscientos cincuenta días multa”.*<sup>144</sup>

Es de notar que probablemente no hay delito contra la vida que se haga rodear de elementos atenuantes como la eutanasia y que debiera considerarse como la tipificación menos grave que se comete contra la vida.

#### **4.3 LA VOLUNTAD ANTICIPADA EN LA LEGISLACIÓN DE LOS ESTADOS DE LA REPÚBLICA MEXICANA**

Países como México y otros de América Latina apenas han iniciado el debate en el ámbito académico y legal.

---

<sup>144</sup>[www.edomex.gob.mx](http://www.edomex.gob.mx), *Código Penal del Estado de México*, Dirección de Legalización y del Periódico Oficial del Estado de México "Gaceta del Gobierno", 2015.

La sociedad no ha expresado su opinión sobre la eutanasia y se está muy lejos para alcanzar acuerdos para que la ley se modifique y se considere la posibilidad de la muerte asistida como una opción. La práctica de la muerte asistida es considerada como prohibida por la ley.<sup>145</sup>

Se cree que exista una gran oposición por parte de la Iglesia Católica así como de otras iglesias y asociaciones religiosas ante cualquier intento por legalizarla.

En México existe desde enero del 2008 la figura de la voluntad anticipada, aplicable para el Distrito Federal y en forma subsecuente se han elaborado otros ordenamientos locales bajo el mismo tenor; cabe advertir que no existe una legislación federal aplicable, lo cual provoca un vacío legal que se traduce en múltiples conflictos jurídicos, la normatividad vigente es la siguiente:<sup>146</sup>

1. **Aguascalientes:** a) Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Aguascalientes (LVAEA), publicada en el Periódico Oficial del Estado el 6 de abril de 2009. Y b) Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Estado de Aguascalientes (RLVAEA), publicado en el mismo periódico el 27 de julio de 2009;

---

<sup>145</sup> Cfr. Álvarez del Río, Asunción, Op. Cit., nota 17, p. 182.

<sup>146</sup> Cfr. Sánchez Barroso, José Antonio, Op. Cit., nota 55, p. 236.

2. **Coahuila:** Ley Protectora de la Dignidad del Enfermo Terminal para el Estado de Coahuila (LPDET), publicada en el Periódico Oficial de ese Estado el 18 de julio de 2008;
  
3. **Distrito Federal:** a) Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal (LVADF), publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 7 de enero del 2008. b) Reglamento de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal (RLVADF), publicado en la misma gaceta el 4 de abril de 2008. Y c) Lineamientos para el cumplimiento de la Ley de Voluntad Anticipada en las instituciones privadas de salud del Distrito Federal, publicados en la misma gaceta el 4 de julio de 2008;
  
4. **Michoacán de Ocampo:** Ley de Voluntad Vital Anticipada del Estado de Michoacán de Ocampo (LVVAEM), publicada en el Periódico Oficial del Estado el 21 de septiembre de 2009;
  
5. **San Luis Potosí:** Ley Estatal de Derechos de las Personas en Fase Terminal (LEDPFT), publicada en el Periódico Oficial de ese Estado el 7 de julio de 2009.

Actualmente se encuentran pendientes algunas iniciativas de ley en los Congresos Estatales, algunos ejemplos son:

1. Iniciativa con proyecto de decreto por la que se crea la Ley Federal de Voluntad Anticipada, sometida a consideración de la Cámara de Senadores por el senador Federico Döring Casar del Grupo Parlamentario del Partido Acción Nacional el 8 de noviembre de 2007;
2. Iniciativa de decreto que expide la Ley de Voluntad Anticipada para el estado de Puebla, sometida a consideración del Congreso del estado de Puebla por la diputada Irma Ramos Galindo del Grupo Parlamentario del Partido de la Revolución Democrática el 9 de julio de 2008, y
3. Iniciativa que crea la Ley de Voluntad Anticipada para el estado de Jalisco, sometida a consideración del Congreso del estado de Jalisco, por la diputada Gloria Judith Rojas Maldonado del Grupo Parlamentario del Partido Revolucionario Institucional el 15 de enero de 2008.

La ley que en su caso apruebe por el poder legislativo federal, debe incluir términos bien definidos, que garanticen eficacia en el derecho, éstos son por ejemplo: encarnizamiento terapéutico, cuidados paliativos, posibilidades de recuperación, tratamientos indicados, no indicados y contraindicados, además de hacer una clara diferencia de las palabras “documento”, “formato” y “acta”.

#### 4.4 CRITERIOS LEGALES EN OTROS ESTADOS DE LA REPÚBLICA MEXICANA

Se deben identificar dos aspectos fundamentales en el derecho penal mexicano, el primero es que en nuestra legislación todo hecho delictivo siempre será antijurídico al ser penado, por lo que no admite causa de justificación alguna, el segundo es un criterio de inimputabilidad que se basa en los requisitos del trastorno mental transitorio, por lo que exime de responsabilidad al autor del hecho.

Para el tema de la eutanasia, tomando en cuenta el primer aspecto de no existir causa de justificación alguna, el Código Penal del Distrito Federal en el artículo 142 refiere:

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

*Al que induzca a otro para que se prive de la vida, se le impondrá prisión de tres a ocho años, si el suicidio se consuma”.*

Bajo este mismo esquema gran número de códigos penales de la República Mexicana tipifican al homicidio-suicidio con la misma penalidad que el Código del Distrito Federal, con excepción de los siguientes Estados:<sup>147</sup>

- a) Guanajuato, cinco años;
- b) Jalisco, de tres días a doce años según los móviles;
- c) Chiapas, será castigado como homicidio simple, es decir, de diez a veinte años;
- d) Tlaxcala, tres a doce años según los móviles;
- e) Zacatecas, cinco a doce años;
- f) Aguascalientes, añade que si el delincuente obra por interés bastardo la sanción será la correspondiente al homicidio calificado;
- g) Veracruz de 1947, Sonora de 1949 e Hidalgo de 1970, estos códigos no tipifican el auxilio ejecutivo al suicidio.

---

<sup>147</sup> Cfr. Sotelo Salgado, Cipriano, Op. Cit., nota 3, p. 352.

Se puede observar que los legisladores no toman en cuenta los elementos de móviles de piedad aunado a las súplicas del enfermo terminal, que son las características elementales de la eutanasia.

#### **4.5 ELEMENTOS LEGALES A FAVOR DE LA EUTANASIA**

Son cuatro los elementos que deben considerarse como bases en el hecho de la eutanasia, los dos primeros nacen al hacer un análisis del hecho en sí mismo y van aunados, que son el motivo de piedad por parte del sujeto activo y el consentimiento por parte del sujeto pasivo.<sup>148</sup>

Los otros dos elementos surgen de dos valores básicos que deben preservarse en el derecho, que son la justicia y el último la libertad, estos dos últimos elementos bien pueden conferir el derecho a morir con dignidad, frecuentemente mencionado por los que apoyan la idea de la eutanasia.

En todo acto humano es trascendental el motivo, intención o finalidad del mismo, es por esto que el móvil de piedad es un elemento que tipifica la eutanasia aunque falte el consentimiento de la víctima.

---

<sup>148</sup> Tejeda de Luna, Ricardo, *La despenalización de la eutanasia en México*, México D.F., Editorial Sista, 2011, p. 99.

Ciertas legislaciones toman en cuenta la intención de los actos, como es el caso de la legítima defensa y en otros la intencionalidad puede deducirse, sin embargo el motivo es preferido en las áreas del derecho penal y concretamente se le denomina como homicidio piadoso.

En el homicidio por piedad se argumenta que se llega a este hecho después de haber pasado por un conflicto de valores.

El conflicto de valores y la elección de un mal menor indican que objetivamente se trata de un mal, pero que en la práctica se ha demostrado que los inculpatos en la eutanasia son absueltos o castigados con penas leves en sistemas jurídicos del ámbito anglosajón.

En nuestro medio, es común que el móvil de piedad sea considerado como un atenuante de la pena, enfatizar sólo en éste prescindiendo del conocimiento del enfermo daría a la eutanasia un sentido exagerado y extremo, es por ello que la voluntad merece un gran respeto y va ligado al motivo del agente activo.

El derecho a morir con dignidad se ha acuñado como una expresión que se enfoca al enfermo terminal, lo cual abarca a los derechos de los enfermos terminales con la finalidad de propiciar el entorno para una muerte digna, para ello no es suficiente la buena voluntad o los móviles de piedad para proteger éstos.

La Constitución Mexicana de 1917 no define como en las constituciones europeas, detalles tan característicos después de la segunda mitad del siglo XX, sin embargo con las reformas y tratados internacionales suscritos y ratificados por México y que son ley conforme al artículo 133 de la misma, se sostiene que en nuestro país están vigentes los Derechos Humanos.

En términos generales estos derechos comprenden la libertad al libre desarrollo de la personalidad, a la libertad ideológica y a la dignidad humana; si esto es así, entonces se sostiene el derecho a la libre disposición de la vida por parte del individuo.

Adicional a esto, el Código Penal Federal vigente en México fue creado en 1931 y a la fecha no ha tenido una reforma significativa en la materia, mientras que los temas de la eutanasia y del suicidio asistido han cobrado una importancia trascendental a partir de los años sesenta como resultado de la tecnología y sus aplicaciones a la medicina.

El legislador de 1931 no emitió normatividad alguna sobre la eutanasia ya que no formaba parte de su realidad. Como ejemplo de esto, el 10 de enero de 1994 se publicó en el Diario Oficial de la Federación, una reforma la cual establece que el consentimiento del titular del bien jurídico afectado es una causa de exclusión del delito, como lo refiere el artículo 15 del Código Penal Federal:

**Artículo 15.** *El delito se excluye cuando:*

*I. El hecho se realice sin intervención de la voluntad del agente;*

*II. Se demuestre la inexistencia de alguno de los elementos que integran la descripción típica del delito de que se trate;*

*III. Se actúe 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 y 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 hubiese otorgado el mismo.*

Esto se entiende que cuando el titular del bien jurídico pide a otro la lesión de éste, entonces la conducta de quien obedece no es constitutiva de delito y por

ello no se le puede sancionar, el mismo razonamiento se puede aplicar para el agente activo que únicamente auxilia al pasivo para provocarle la muerte.<sup>149</sup>

#### **4.6 ANÁLISIS A LA LEGISLACIÓN MEXICANA**

Es importante hacer una revisión de las legislaciones que atañen al homicidio y al suicidio, no se puede tratar el término eutanasia en nuestra legislación por el hecho que ésta no la refiere.

Es de percatarse del análisis y desglose de enunciados comprendidos en diversos ordenamientos jurídicos, de ciertos errores, ya que en algunas leyes se ofrecen respuestas concretas, sin embargo en otras legislaciones las disposiciones no ofrecen opciones confiables provocando así confusión ante dos figuras semejantes sin brindar una solución.

Existen algunas que se contradicen y en otras es evidente que el legislador simplemente no supo qué idea es la que pretendía expresar en la ley.

Sin embargo, existen ciertas disposiciones que sí están bien definidas para determinadas situaciones médicas, además de ofrecer un antecedente o base para la posible creación de leyes y ofrecer un sustento firme para la creación de la legislación de la eutanasia.

---

<sup>149</sup>Ibídem, p. 145.

#### 4.6.1 LEY GENERAL DE SALUD

En el presente apartado se deben ampliar explicaciones y definiciones ya que en esta ley (LGS) existen varios conceptos que van directamente relacionados con la enfermedad terminal, la definición de la misma y la consecuencia del fenómeno natural de la muerte en ciertas condiciones físicas o biológicas.

Estos son los artículos de la Ley General de Salud más sobresalientes a analizar en relación con el presente trabajo:

**Artículo 1.** *La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general. Es de aplicación en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social.*

El fundamento y creación de la presente ley son a partir del Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en donde se establece que toda persona tiene el derecho a los servicios de salud por medio de los servicios públicos que el Estado proporcione a la población.

**Artículo 166 Bis.** *El presente título tiene por objeto:*

- I. *Salvaguardar la dignidad de los enfermos en situación terminal, para garantizar una vida de calidad a través de los cuidados y atenciones médicas, necesarios para ello;*
- II. *Garantizar una muerte natural en condiciones dignas a los enfermos en situación terminal;*
- III. *Establecer y garantizar los derechos del enfermo en situación terminal en relación con su tratamiento;*
- IV. *Dar a conocer los límites entre el tratamiento curativo y el paliativo;*
- V. *Determinar los medios ordinarios y extraordinarios en los tratamientos; y*
- VI. *Establecer los límites entre la defensa de la vida del enfermo en situación terminal y la obstinación terapéutica.*

Es notorio que en este artículo se defiende la dignidad del enfermo terminal en función de los cuidados y atenciones que se le proporcionen de acuerdo con la frac. I, pero en la frac. II se establecen los límites entre el tratamiento curativo y el tratamiento paliativo.

En la fracción VI hay una deferencia entre los límites de los esfuerzos médicos por mantener la calidad de vida del enfermo terminal y lo que sería realizar la obstinación terapéutica, la cual se definirá en el artículo 166 Bis1, frac. V.

En el siguiente artículo se definen los conceptos de enfermedad terminal, enfermo terminal, cuidados paliativos y otros conceptos relacionados.

**Artículo 166 Bis 1.** *Para los efectos de este Título, se entenderá por:*

- I. **Enfermedad en estado terminal:** *A todo padecimiento reconocido, irreversible, progresivo e incurable que se encuentra en estado avanzado y cuyo pronóstico de vida para el paciente sea menor a 6 meses;*
- II. **Cuidados básicos.** *La higiene, alimentación e hidratación, y en su caso el manejo de la vía aérea permeable;*
- III. **Cuidados paliativos.** *Es el cuidado activo y total de aquellas enfermedades que no responden a tratamiento curativo. El control del dolor, y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales;*
- IV. **Enfermo en situación terminal.** *Es la persona que tiene una enfermedad incurable e irreversible y que tiene un pronóstico de vida inferior a seis meses;*

- V. *Obstinación terapéutica.*** *La adopción de medidas desproporcionadas o inútiles con el objeto de alargar la vida en situación de agonía;*
- VI. *Medios extraordinarios.*** *Los que constituyen una carga demasiado grave para el enfermo y cuyo perjuicio es mayor que los beneficios; en cuyo caso, se podrán valorar estos medios en comparación al tipo de terapia, el grado de dificultad y de riesgo que comporta, los gastos necesarios y las posibilidades de aplicación respecto del resultado que se puede esperar de todo ello;*
- VII. *Medios ordinarios.*** *Los que son útiles para conservar la vida del enfermo en situación terminal o para curarlo y que no constituyen, para él una carga grave o desproporcionada a los beneficios que se pueden obtener;*
- VIII. *Muerte natural.*** *El proceso de fallecimiento natural de un enfermo en situación terminal, contando con asistencia física, psicológica y en su caso, espiritual, y*
- IX. *Tratamiento de dolor.*** *Todas aquellas medidas proporcionadas por profesionales de la salud, orientadas a reducir los sufrimientos físico y emocional producto de una enfermedad terminal, destinadas a mejorar la calidad de vida.*

En este artículo resalta la frac. IX, al referirse que en la enfermedad terminal se destinan esfuerzos para mejorar la calidad de vida, y la misma se define en la frac. I como un estado irreversible y progresivo, luego entonces se deduce que la salud se deteriorará en forma gradual y avanzada.

Surge entonces la siguiente pregunta: ¿Por qué la frac IX señala las medida destinadas del tratamiento del dolor a mejorar la calidad de vida ante lo que es inmejorable e irreversible? ¿Mejorar lo irreversible e inmejorable? ¿Alguien podrá negar que esto sea contradictorio? Definitivamente le faltó concordancia al legislador, ya que se está contradiciendo en ambas fracciones.

La fracción I define la “enfermedad terminal” como padecimiento de un cuadro de salud irreversible, gradualmente degenerativo sin remedio que no supera la expectativa de vida mayor a los seis meses; no confundir éste con “enfermo en situación terminal”, aunque se relaciona los conceptos el primero se refiere al cuadro de salud y el segundo al paciente.

La fracción III define el término “cuidados paliativos”, los cuales son destinados únicamente a controlar dolores y síntomas del cuadro de la enfermedad además del apoyo que se proporcione en el aspecto psicológico y espiritual en caso que así se requiriera.

El enfermo en situación terminal es la persona en quien recae el cuadro de salud irreversible y gradualmente degenerativo sin remedio que no supera la expectativa de vida mayor a los seis meses, como lo define la frac. IV, es el paciente quien vive este cuadro de salud.

La frac. V se refiere a que el procedimiento médico aplicado de manera inútil para alargar la agonía y que no tiene ningún sentido es definido como obstinación terapéutica.

Es para considerarse esta fracción como fundamental para que se tome como una iniciativa en la implementación de la eutanasia como un procedimiento legal debidamente establecido con requisitos secuenciales ordenados, por la razón que la misma ley reconoce los esfuerzos médicos como inútiles ante la obstinación de mantener vivo al paciente terminal.

Otro aspecto importante se encuentra en la frac. VIII, ofrece una idea de lo que es la muerte natural, como el proceso natural, biológico del enfermo terminal, pero con el apoyo de la asistencia psicológica y espiritual en su caso, pero la realidad dista mucho.

Sin embargo, esta fracción se relaciona con los artículos 343 y 344 de esta misma Ley General de Salud, los cuales versan sobre la pérdida de la vida por muerte cerebral y los casos en que se presenta esta muerte cerebral.

**Artículo 166 Bis 3.** *Los pacientes enfermos en situación terminal tienen los siguientes derechos:*

- I. *Recibir atención médica integral;*
- II. *Ingresar a las instituciones de salud cuando requiera atención médica;*
- III. *Dejar voluntariamente la institución de salud en que esté hospitalizado, de conformidad a las disposiciones aplicables;*
- IV. *Recibir un trato digno y profesional procurando preservar su calidad de vida;*
- V. *Recibir información clara, oportuna y suficiente sobre las condiciones y efectos de su enfermedad y los tipos de tratamientos por los cuales puede optar según la enfermedad que padezca;*
- VI. *Dar su consentimiento informado por escrito para la aplicación o no de tratamientos, medicamentos y cuidados paliativos adecuados a su enfermedad, necesidades y calidad de vida;*
- VII. *Solicitar al médico le administre medicamentos que mitiguen su dolor;*

- VIII.** *Renunciar, abandonar o negarse en cualquier momento a recibir o continuar el tratamiento que considere extraordinario;*
- IX.** *Optar por recibir los cuidados paliativos en un domicilio particular;*
- X.** *Designar, a algún familiar, representante legal o a una persona de su confianza, para el caso de que, con el avance de la enfermedad, esté impedido a expresar su voluntad, lo haga en su representación;*
- XI.** *A recibir los servicios espirituales, cuando lo solicite él, su familia, representante legal o persona de su confianza, y*
- XII.** *Los demás que las leyes señalen.*

El análisis que surge de las fracs. VI y X, es la voluntad del enfermo para dos cosas, primero, su deseo de cuál es su voluntad para aceptar o no los tratamientos que mitiguen el dolor y segundo, la designación de un representante para que determine cuál decisión tomar al final de la vida, siempre y cuando el enfermo ya no se encuentre capacitado para decidir por su cuenta propia.

La frac. VI permite el consentimiento del enfermo terminal para expresar su libre voluntad por escrito, respecto a la aplicación de los cuidados paliativos, por ello, esta fracción es el antecedente u origen que dio paso para la creación de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, al permitirle al paciente la manifestación de sus deseos por escrito.

Uno de los objetivos de la Ley General de Salud es establecer límites en la aplicación de técnicas que mitiguen el dolor y permitir a un tercero designado que de igual manera sea quien tome las determinaciones pertinentes para cuando se presenten situaciones de incapacidad física o mental.

Más adelante en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal se verá lo asentado en las anteriores fracs. VI y X de la L.G.S., los contenidos de éstas son muy semejantes con la idea general que plantea el primer ordenamiento.

En el siguiente análisis al hacer un nexo entre artículos y fracciones de la L.G.S., y sin sorprendernos de lo que se pudiera deducir, se observa que hay una forma implícita de “*eutanasia voluntaria disfrazada*”, pero no conexas entre fracciones ni se expresa en una forma clara y directa.

La ley no permite la eutanasia sin embargo refiero como “*eutanasia voluntaria disfrazada*” por los errores gramaticales de la ley así como por la forma de los enunciados, ya que ciertas fracciones se expresan en determinado sentido y existen otras fracciones que indican otro sentido.

Veamos lo siguiente, del artículo 166 Bis frac. I de la L.G.S., la idea central es preservar la vida y la dignidad del enfermo mediante cuidados y atenciones necesarias para tal fin.

Y en el artículo 166 Bis 3, frac. VIII, la idea central es la libertad del enfermo terminal de querer renunciar o negarse, si así lo quisiera, de recibir en cualquier momento el tratamiento extraordinario, el cual se entiende como un medio de conservar la vida al paciente. Un tanto contradictorio.

Esto puede ser un punto de partida para que suceda una de dos opciones siguientes, para una propuesta de reforma o la creación de una ley sobre el tema eutanásico:

a) Que se modifique la Ley General de Salud en los artículos 166 Bis frac. I y 166 Bis3 frac. VIII, respectivamente, mediante reforma para enmendar este error de conexión de ideas; o bien

b) Que esta falta de conexión sea tomada como un elemento para crear una ley de eutanasia que regule debidamente la decisión del enfermo terminal, al querer renunciar en cualquier momento para recibir el tratamiento extraordinario para la aplicación de métodos que le ayuden a prolongar su vida.

Ahora analicemos los siguientes artículos de mismo ordenamiento federal.

**Artículo 166 Bis 4.** *Toda persona mayor de edad, en pleno uso de sus facultades mentales, puede, en cualquier momento e independientemente*

*de su estado de salud, expresar su voluntad por escrito ante dos testigos, de recibir o no cualquier tratamiento, en caso de que llegase a padecer una enfermedad y estar en situación terminal y no le sea posible manifestar dicha voluntad. Dicho documento podrá ser revocado en cualquier momento.*

*Para que sea válida la disposición de voluntad referida en el párrafo anterior, deberá apegarse a lo dispuesto en la presente Ley y demás disposiciones aplicables.*

**Artículo 166 Bis 5.** *El paciente en situación terminal, mayor de edad y en pleno uso de sus facultades mentales, tiene derecho a la suspensión voluntaria del tratamiento curativo y como consecuencia al inicio del tratamiento estrictamente paliativo en la forma y términos previstos por esta Ley.*

**Artículo 166 Bis 6.** *La suspensión voluntaria del tratamiento curativo supone la cancelación de todo medicamento que busque contrarrestar la enfermedad terminal del paciente y el inicio de tratamientos enfocados de manera exclusiva a la disminución del dolor o malestar del paciente.*

*En este caso, el médico especialista en el padecimiento del paciente terminal interrumpe, suspende o no inicia el tratamiento, la administración de medicamentos, el uso de instrumentos o cualquier procedimiento que contribuya a la prolongación de la vida del paciente en situación terminal dejando que el paciente evolucione naturalmente.*

**Artículo 166 Bis 7.** *El paciente en situación terminal que esté recibiendo los cuidados paliativos, podrá solicitar nuevamente el tratamiento curativo, ratificando su decisión por escrito ante el personal médico correspondiente.*

**Artículo 166 Bis 8.** *Si el enfermo en situación terminal es menor de edad, o se encuentra incapacitado para expresar su voluntad, las decisiones derivadas de los derechos señalados en este título, serán asumidos por los padres o el tutor y a falta de estos por su representante legal, persona de confianza mayor de edad o juez de conformidad con las disposiciones aplicables.*

**Artículo 166 Bis 9.** *Los cuidados paliativos se proporcionarán desde el momento en que se diagnostica el estado terminal de la enfermedad, por el médico especialista.*

**Artículo 166 Bis 10.** *Los familiares del enfermo en situación terminal tienen la obligación de respetar la decisión que de manera voluntaria tome el enfermo en los términos de este título.*

**Artículo 166 Bis 11.** *En casos de urgencia médica, y que exista incapacidad del enfermo en situación terminal para expresar su consentimiento, y en ausencia de familiares, representante legal, tutor o persona de confianza, la decisión de aplicar un procedimiento médico quirúrgico o tratamiento necesario, será tomada por el médico especialista y/o por el Comité de Bioética de la Institución.*

Referente al artículo 166 Bis 4, enuncia en forma textual que “...puede, en cualquier momento e independientemente de su estado de salud expresar su voluntad por escrito ante dos testigos, de recibir o no cualquier tratamiento...” es considerado como otro antecedente que sirvió para la creación de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal.

Por el hecho de manifestar en forma escrita ante testigos cuál es el deseo de qué tratamientos médicos recibir en determinadas circunstancias, este antecedente de igual manera va acompañado de las fracs. VI y X del artículo 166 Bis 3, las cuales se analizaron en párrafos anteriores.

Por lo que respecta a los artículos 166 Bis 5 y 166 Bis 6, citan que cuando el paciente terminal voluntariamente decide concluir con los tratamientos curativos encaminados a combatir la enfermedad como tal, entonces con esta decisión de cancelarlos es cuando comienza la aplicación de los tratamientos paliativos.

Los cuales se definen como los encaminados a únicamente controlar el dolor del paciente pero sin “atacar” de origen el daño de la enfermedad, permitiendo de esta manera que la enfermedad tenga un desarrollo normal sin mayor intervención externa.

El artículo 166 Bis 8 hace una clara indicación que a falta de la expresión de la voluntad del paciente, sea este menor de edad o que se encuentre incapacitado para expresar la misma, esta responsabilidad será designada por terceros que pueden ser un representante legal, una persona de confianza, un familiar o alguien designado por un juez.

Una falta de concordancia de ideas en la L.G.S. se encuentra en el artículo 166 Bis 9, el cual refiere que una vez que se diagnostica la enfermedad terminal por el especialista, se comenzará con la aplicación de los cuidados paliativos.

Lo anterior no coincide con el artículo 166 Bis 5, ya que éste indica que cuando el enfermo en situación terminal voluntariamente desea suspender el tratamiento curativo consecuentemente inician los tratamientos paliativos.

En el primer artículo enunciado los tratamientos paliativos comienzan al ser determinada la enfermedad terminal, y respectivamente el segundo artículo señala claramente que los tratamientos paliativos se aplicarán siempre y cuando el enfermo terminal, a libre voluntad decida terminar con los tratamientos curativos y como consecuencia de esta decisión iniciarán los tratamientos paliativos.

Aquí el problema más bien se trata de establecer una prioridad de orden en las situaciones que se presenten y de las decisiones del paciente terminal.

¿La aplicación de los tratamientos paliativos será por la decisión del paciente al renunciar a los tratamientos curativos, o será cuando se diagnostique la enfermedad como terminal? ¿Cuál de las dos situaciones tomar como la correcta para iniciar los tratamientos paliativos? ¿A cuál de los dos factores dar más importancia, la decisión personal o el diagnóstico especializado?

Con estas interrogantes es de notar que no existe una debida jerarquización de situaciones con la finalidad de ir eliminando posibilidades alternas de mayor a menor importancia que faciliten cómo tomar una decisión.

El artículo 166 Bis 11 da una explicación de qué hacer ante una situación crítica, ya que ante la falta del paciente terminal de externar su voluntad en una situación de emergencia, y en ausencia de representante legal o de familiar alguno, es donde hace su intervención la Comisión de Bioética, es ésta la que determinará qué decisiones son las que se tomarán.

**Artículo 166 Bis 16.** *Los médicos tratantes podrán suministrar fármacos paliativos a un enfermo en situación terminal, aun cuando con ello se pierda el estado de alerta o se acorte la vida del paciente, siempre y cuando se suministren dichos fármacos paliativos con el objeto de aliviar el dolor del paciente.*

*Podrán hacer uso, de ser necesario de acuerdo con lo estipulado en la presente Ley de analgésicos del grupo de los opioides. En estos casos será necesario el consentimiento del enfermo.*

*En ningún caso se suministrarán tales fármacos con la finalidad de acortar o terminar la vida del paciente, en tal caso se está sujeto a las disposiciones penales aplicables.*

**Artículo 166 Bis 17.** *Los médicos tratantes, en ningún caso y por ningún motivo implementarán medios extraordinarios al enfermo en situación terminal, sin su consentimiento.*

**Artículo 166 Bis 18.** *Para garantizar una vida de calidad y el respeto a la dignidad del enfermo en situación terminal, el personal médico no deberá aplicar tratamientos o medidas consideradas como obstinación terapéutica ni medios extraordinarios.*

**Artículo 166 Bis 21.** *Queda prohibida la práctica de la eutanasia, entendida como homicidio por piedad, así como el suicidio asistido conforme lo señala el Código Penal Federal, bajo el amparo de esta Ley. En tal caso se estará a lo que señalan las disposiciones penales aplicables.*

El artículo 166 Bis 16 es específico en establecer los casos en los que se termina con la vida del paciente terminal o cuando se pierde el estado de conciencia, muestra una redacción clara en la aplicación de los tratamientos paliativos ya sea con fármacos o drogas empleadas y son justificables éstas como medios para tal fin.

Aun cuando esto cause la pérdida de la vida del paciente, siempre y cuando se lleve un estricto apego en la ley de analgésicos del grupo de opiáceos y

que este tipo de drogas se hallan aplicado con la única finalidad como medio para mitigar el dolor. Lo cual es contrario a que se aplique determinada droga o fármaco al paciente con la única finalidad de terminar con su vida.

Aunque el artículo 166 Bis 16 es claro en su redacción, si en la vida médica se simulara esta práctica, entonces no queda bien definido el actuar o el proceder de los participantes médicos ante este caso planteado, esto obedece a que el presente ordenamiento no establece un procedimiento operativo con requisitos específicos que se deban cumplir paso a paso.

Por lo tanto, quedaría una muy delgada línea que haga la separación del tratamiento paliativo empleando una droga que justifica la muerte del paciente, con la excusa que ésta se aplicó como recurso paliativo con la única finalidad intencional de mitigar el dolor.

Así, este actuar médico se encuentra libre de responsabilidad, pero se puede cuestionar si la intención fue terminar con la vida del paciente administrando una sobredosis y adelantar la muerte, aunque el médico se puede excusar argumentando que su proceder se basó en un medio empleado como paliativo.

A pesar que la redacción de este artículo es clara, en el actuar médico hay una delgada línea que distingue de una situación justificable, y por otro lado de una

responsabilidad penal, pero que a final de cuentas, todo depende de argumentos debidamente fundamentados de este artículo.

El artículo 166 Bis 18 regula el respeto y la dignidad del enfermo terminal, al cual no se le someterá a medidas o tratamientos que conlleven una obstinación terapéutica, así como a cualquier otro medio extraordinario, lo cual se entiende que al paciente no se le someterá a todo aquel recurso que le proporcione vida artificial y que de igual manera le ayude a alargar su vida por los mismos medios.

El artículo 166 Bis 21 merece especial atención, ya que la ley establece la prohibición de la eutanasia, por una parte. Pero por otro lado, la presente ley refiere textualmente: “...*Queda prohibida la práctica de la eutanasia, entendida como homicidio por piedad, así como el suicidio asistido conforme lo señala el Código Penal Federal...*”

Ya que es muy común el error de confundir la eutanasia como un “sinónimo de homicidio”, y ya se definieron las diferencias entre homicidio y eutanasia, ya sea por semántica así como por motivos personales y jurídicos que envuelven la intencionalidad y el bien jurídico que se afecta o se daña en cada una de estas figuras y que quedaron bien definidas.

Por un elemental y sencillo enunciado del artículo, en éste se encuentran escritas las palabras de: “...*la eutanasia, entendida como homicidio por piedad...*”este enunciado es bastante claro al “hacer entender”, “...*entendida como homicidio...*”, pero nunca igualada a.., equiparada a..., y se refiere “por semejanza a”.

La palabra “entendida” fue manifiesta por el legislador con la única finalidad de colocar la eutanasia a un nivel de un acto reconocido jurídicamente como un delito penal. Sostengo mi idea en que la eutanasia debe ser considerada una figura jurídica independiente de una “asimilación delictiva” o de un “*entendimiento delictivo*”, como así lo pretende “hacer entender” la ley.

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

- I. *Se presenta la muerte cerebral, o*
- II. *Se presentan los siguientes signos de muerte:*
  - a. *La ausencia completa y permanente de conciencia ;*
  - b. *La ausencia permanente de respiración espontánea;*
  - c. *La ausencia de los reflejos del tallo cerebral, y*
  - d. *El paro cardíaco irreversible.*

**Artículo 344.** *La muerte cerebral se presenta cuando existen los siguientes signos:*

- I. *Pérdida permanente e irreversible de conciencia y de respuesta a estímulos sensoriales;*
- II. *Ausencia de automatismo respiratorio, y*
- III. *Evidencia de daño irreversible del tallo cerebral, manifestado por la arreflexia pupilar, ausencia de movimientos oculares en pruebas vestibulares y ausencia de respuesta a estímulos nociceptivos.*

*Se deberá descartar que dichos signos sean producto de intoxicación aguda por narcóticos, sedantes, barbitúricos o sustancias neurotrópicas.*

*Los signos señalados en las fracciones anteriores deberán corroborarse por cualquiera de las siguientes pruebas:*

- I. *Angiografía cerebral bilateral que demuestre la ausencia de circulación cerebral, o*
- II. *Electroencefalograma que demuestre la ausencia total de actividad eléctrica cerebral en dos ocasiones diferentes con espacio de cinco horas.*

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

El artículo 343 hace referencia a dos situaciones en que se puede definir la muerte desde un punto de vista médico, estas son cuando se presenta la muerte cerebral o cuando hay determinados signos como la falta de conciencia en forma permanente así como de la respiración espontánea y la ausencia de actividad del tallo del cerebro o el paro cardíaco.

Aunado al artículo antes enunciado, se acompaña el artículo 344, el cual ofrece una detallada explicación de lo que clínicamente representa la muerte cerebral, mediante la ausencia total de la conciencia acompañada de la falta de respuesta a los estímulos externos por la ausencia del reflejo respiratorio y/o con un daño irreversible del tallo cerebral

Esto puede ser demostrado mediante tres sencillas pruebas que van desde la ausencia de contracción pupilar como resultado del efecto estimulante de la luz

directa en los ojos, por inmovilidad de los globos oculares al movimiento frontal, y al no tener reacción ante pruebas nociceptivas.<sup>150</sup>

De estas pruebas es necesario descartar que la falta de reacciones del organismo se debiera al consumo de drogas,<sup>151</sup> sedantes<sup>152</sup> o barbitúricos<sup>153</sup> en forma indistinta.

Adicional a estas tres pruebas se debe mostrar apoyo comprobado mediante cualquiera de otras dos, una “angiografía<sup>154</sup> cerebral bilateral” la cual determina la falta de circulación sanguínea como resultado de un diagnóstico por medio de imágenes para detectar la actividad o inactividad de los vasos cerebrales en ambos hemisferios.

La segunda prueba adicional es encefalograma,<sup>155</sup> cuya finalidad es determinar si efectivamente el cerebro muestra o no actividad eléctrica alguna, debe practicarse repetidamente en dos ocasiones, y entre cada prueba debe mediar un periodo de por lo menos cinco horas, no puede ser menor este tiempo.

---

<sup>150</sup> Larousse, Op. Cit., nota 1, p. 443. Respuesta de los tejidos ante el dolor, como resultado de la actividad del sistema nervioso periférico y central

<sup>151</sup> *Ibíd*em, p. 204. Adjetivo, sustancia natural o sintética de efecto estimulante, deprimente o narcótico, produce efectos menores o mayores en el organismo.

<sup>152</sup> *Ibíd*em, p. 594. Sedante, sedativo(a): Adjetivo, aquello que tiene la capacidad de calmar o sosegar la excitación nerviosa.

<sup>153</sup> *Ibíd*em, p. 70. Adjetivo, dicese del radical químico base de numerosos sedantes del sistema nervioso central, sus efectos van desde una leve sedación hasta una anestesia general.

<sup>154</sup> *Ibíd*em, p. 36. Del riego *angeion*, vaso; y de *graphien* estudio, descripción. Estudio gráfico de los vasos cerebrales para determinar circulación sanguínea en el cerebro.

<sup>155</sup> *Ibíd*em, p. 213. Gráfico obtenido por grabación mediante electrodos en el cuero cabelludo, unidos a un oscilógrafo, mide la actividad eléctrica del cerebro.

En conclusión, los artículos 343 y 344 de la Ley General de Salud, dejan muy en claro cuáles son los elementos necesarios para determinar la muerte del individuo.

El artículo 345 de la referida ley, no nos explica de una manera sencilla, que se puede prescindir de los medios artificiales que mantienen con vida al individuo con muerte cerebral comprobada y declarada en virtud de las condiciones de la frac. II del artículo 343, y que no hay mayor impedimento a esto por solicitud o por autorización de los integrantes de la familia en un debido orden de jerarquías.

A este acto se le denomina “eutanasia pasiva”, tal pareciera que el legislador, lejos de hacer las cosas entendibles en una sintaxis sencilla y clara, más bien complica los enunciados para que se entiendan otras cosas ajenas y difíciles de comprender.

#### **4.6.2 CÓDIGO PENAL FEDERAL**

Para encontrar una respuesta al concepto del delito de homicidio por lo respecta al ordenamiento del Código Penal Federal, encontramos los artículos 302 y 312 que refieren textualmente:

**Artículo 302.** *Comete el delito de homicidio: el que priva de la vida a otro.*

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

Al analizar la semántica así como la sintaxis, en ambas definiciones en el Art. 302 (CPF) es de percatarse que la ley carece de explicaciones que describan otros tantos elementos, situaciones, causas, motivos, circunstancias, consecuentemente son explicaciones bastante vagas y llanas.

Es importante identificar y definir la causalidad del agente activo, como ya se refirió anteriormente al respecto, el cual debe reunir ciertas características en su comportamiento que pudiese ser intencional o no intencional, entendido como una conducta culposa.

El artículo 312 no refiere mayores elementos en la voluntad de la persona pasiva, lo cual es otro factor determinante en desear el fin de la vida, así como las circunstancias que rodean el ámbito físico y emocional del suicida.

Fundamento esta idea con las palabras del maestro Benigno Licea González, quien expresa:

*“El auxilio y la inducción al suicidio no pueden ser estimados como fenómenos de participación en un delito de homicidio, sino como figuras especiales, puesto que cuando una persona se priva voluntariamente de la vida, independientemente que terceros hayan participado en los actos preliminares, no existen constitutivas del homicidio; es menester poner de relieve que para considerar un homicidio o un suicidio como delito no es suficiente la existencia de un daño a la salud o la privación de la vida ni la comprobación que este daño sea efecto de una causa externa; es indispensable la concurrencia de un elemento externo imputable a un individuo por su realización intencional o culposa”.*<sup>156</sup>

Lo que expresa el maestro Benigno Licea González, para que surja una responsabilidad que se impute al sujeto activo, debe existir una conducta por medio del acto u omisión como indebida o antijurídica que provoque un daño al bien jurídico individual, por medio de un nexo causal que permite atribuir el resultado a esa determinada conducta.

En este análisis, considero que esto es otro punto a favor de la eutanasia como un modelo ajeno e independiente de las figuras de homicidio y suicidio.

---

<sup>156</sup> Cano Valle, Fernando, et al, Op. Cit., nota 18, p. 265.

#### 4.6.3 CÓDIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL

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

*Los supuestos previos en el párrafo anterior no integran los elementos del cuerpo del delito de homicidio, así como tampoco las conductas realizadas por el personal de salud correspondiente, para los efectos del cumplimiento de las disposiciones establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal.*

*Tampoco integran los elementos del cuerpo del delito previsto en el párrafo primero del presente artículo, las conductas realizadas conforme a las disposiciones establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal suscritas y realizadas por el solicitante o representante, en el Documento de Voluntad Anticipada o el formato expedido por la Secretaría de Salud para los efectos legales a que haya lugar.*

De este único artículo del presente ordenamiento (CPDF), hay al menos tres aspectos que merecen un detenido análisis.

Primero, la situación que envuelve al paciente que solicita la muerte ante una enfermedad terminal, el legislador la ubica textualmente en el Título Primero, Delitos Contra la Vida, denominado como Homicidio.

Segundo, aunque este asunto clínico; ubicado textualmente en el Capítulo I del Homicidio; resulta que en el primer párrafo no se hace referencia al hecho de solicitud por parte del paciente terminal o que al privar de la vida a un enfermo sea un acto homologado o referenciado como homicidio.

Tercero, lejos de calificar el acto de la eutanasia como una figura semejante al homicidio, se debe notar que este ordenamiento no hace semejanzas u homologaciones con la figura del homicidio, considera la ayuda al suicidio como una figura jurídica independiente.

Al no hacer una semejanza del auxilio al suicidio con el homicidio, es un gran avance para evitar confusiones futuras por parte del lector; el mismo artículo, fija la sanción del acto con pena privativa de la libertad de dos a cinco años, pero no enuncia cuáles serían las atenuantes o agravantes.

Es decir, no hace referencia a las circunstancias o motivos que pudieran envolver lo descrito en el primer párrafo para determinar la pena mínima, máxima o determinar una media.

En el segundo párrafo el legislador hace referencia a dos ideas diferentes.

1.- La primera expresa textualmente: *“Los supuestos previos en el párrafo anterior no integran los elementos del cuerpo del delito de homicidio,…”* Hasta aquí hace una separación de actos identificados con anterioridad, deja en claro que se priva de la vida al enfermo terminal por petición libre, expresa y mediando razones humanitarias y no se integra la figura del delito de homicidio.

2.- El párrafo segundo expresa: *“..., así como tampoco las conductas realizadas por el personal de salud correspondiente, para los efectos del cumplimiento de las disposiciones establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal”.*

En esta segunda idea el legislador deja claro que las acciones que el personal de salud ejecute derivadas de la Ley de Voluntad Anticipada, no formarán parte de la figura de homicidio, es decir que al conjunto de acciones realizadas por el personal para que el paciente terminal pueda “morir de una manera controlada”, no se le catalogará como homicidio.

El tercer párrafo del mismo artículo 127 del presente ordenamiento (CPDF), hace mención a que tampoco se homologará y no constituirán como figura de homicidio las acciones establecidas y derivadas a seguir de la Ley de Voluntad

Anticipada. Con esto se realiza la separación del homicidio mediante un control médico del paciente ante la muerte.

#### **4.6.4 INICIATIVA DE LEY DE LA EUTANASIA COMO UN DERECHO EN EL DISTRITO FEDERAL**

Independientemente de la idea de que se pretenda legalizar sobre la eutanasia, ya existe una iniciativa de reforma de ley para definir y establecerla como un derecho en el Distrito Federal, pero sigue hasta estos días como una propuesta de la VI Legislatura de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal.<sup>157</sup>

Esto fue iniciativa del coordinador del PRI en la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, el diputado Tonatiuh González Case, al referir a la muerte como un fenómeno natural que tarde o temprano afrontamos y que actualmente existen “huecos” en la Ley General de Salud.

Afirma que de esos “huecos”, esta ley únicamente permite al enfermo terminal los medios adecuados para que no se le extienda en forma inútil su vida, pero por el contrario tampoco permite la práctica de la eutanasia para terminar con lo insostenible.<sup>158</sup>

---

<sup>157</sup> [www.aldf.gob.mx/comsoc-propone-eutanasia-como-derecho-df--11634.html](http://www.aldf.gob.mx/comsoc-propone-eutanasia-como-derecho-df--11634.html), Asamblea Legislativa del Distrito Federal VI Legislatura, *Propone eutanasia como un derecho en el Distrito Federal*, 09/10/2014.

<sup>158</sup> Cfr. *Ibíd.*

La ley expresa en sus propias palabras el derecho del individuo a bien morir ante una enfermedad terminal, de tal manera que éste pueda vivir sus últimos momentos con dignidad:

*“En un país, y sobre todo en una ciudad, donde se tutela el derecho a la libertad, se debe respetar la opción de bien morir de aquellos que enfrentan una enfermedad terminal, para que sus últimos días los vivan con dignidad y en las mejores condiciones posibles como un derecho más de los capitalinos, contemplado en nuestro marco jurídico”.*

El legislador menciona que se han considerado propuestas de reforma en la Ley General de Salud así como al Código Penal Federal con la finalidad que se exente de responsabilidad penal al personal médico cuando éste le asista a un enfermo en etapa terminal para adelantar su muerte.

Exhortó al pleno de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal con la finalidad de abrir la posibilidad de entablar un debate sobre el tema de la eutanasia como una necesidad, ya que anualmente en promedio a 40 mil personas se les diagnostica una enfermedad terminal en el Distrito Federal, lo cual es un motivo de sobra y debidamente fundamentado.

El diputado Tonatiuh González Case afirma que para que se inicien las reformas propuestas en la ley es indispensable la participación del Comité de Bioética, a quien le compete analizar las peticiones de solicitud de eutanasia o muerte clínicamente asistida para aquellas personas en fase terminal y será este quien permita hacer posible los procedimientos para su ejecución.

Expone como antecedentes de una debida legislación sobre la eutanasia a los casos de Holanda como el primer país en regularla, a Bélgica que despenalizó el procedimiento de muerte clínicamente asistida y Suiza que desde 1942 definió el procedimiento de suicidio asistido así como el Estado de Oregón con el mismo procedimiento desde 1999.

#### **4.6.5 LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL DISTRITO FEDERAL**

Por lo que respecta al presente ordenamiento (LVADF) comienzo con los artículos 1, 2 y lo más destacado del artículo 3, de igual manera con lo más sobresaliente de la presente ley, ya que de lo contrario se haría una recopilación de la misma, más bien pretendo mostrar aquellos puntos destacados en relación al presente tema:

**Artículo 1.** *La presente ley es de orden público e interés social, y tiene por objeto establecer y regular las normas, requisitos y formas de*

*realización de la voluntad de cualquier persona con capacidad de ejercicio, respecto a la negativa de 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.*

Este primer artículo define que la presente ley pretende hacer un establecimiento de normas, requisitos y procedimientos a seguir ante la decisión personal de negarse al sometimiento de procedimientos médicos que se pudieran emplear con la finalidad de prolongar la vida.

**Artículo 2.** *La aplicación de las disposiciones establecidas en la presente ley, son relativas a la Voluntad Anticipada de las personas en materia de Ortotanasia, y no permiten ni facultan bajo ninguna circunstancia la realización de conductas que tengan como consecuencia el acortamiento intencional de la vida.*

El segundo artículo se refiere al término de Voluntad Anticipada, en el sentido que se entenderá ésta como una decisión encaminada al tratamiento de ortotanasia, la cual se definió como el procedimiento encaminado a una muerte

correcta con la aplicación adecuada de los medicamentos que únicamente servirán para mediar o controlar dolores, no para anticipar la muerte.

La enfermedad terminal seguirá por sí sola su avance de deterioro y la actividad médica únicamente aplicarán las medidas que ayuden a mitigar el dolor del paciente, aunado con la debida asistencia social y espiritual, tanto para el enfermo como para terceros que le rodean.

El término ortotanasia lo define esta ley en el artículo 3 fracción XIII, además de esta definición se plantea cuál es la finalidad de la presente ley así como las condiciones probables del paciente terminal para hacer valer a futuro su voluntad en determinadas circunstancias.

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

- I. *Código Civil: Código Civil para el Distrito Federal;*
- II. *Código de Procedimientos: Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal;*
- III. *Código Penal: Código Penal para el Distrito Federal;*
- IV. *Cuidados Paliativos: el cuidado activo y total de aquellas enfermedades que no corresponden a tratamiento curativo e incluyen el control del dolor y otros síntomas, así como la atención psicológica del paciente;*

- V.** *Documento de Voluntad Anticipada: consiste en el documento público suscrito ante Notario, en que cualquier persona con capacidad de ejercicio y en pleno uso de sus facultades mentales, manifiesta la petición libre, consciente, seria, inequívoca y reiterada de no someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos, que propicien la Obstinación Médica;*
- VI.** *Enfermo en Etapa Terminal: es el que tiene un padecimiento mortal o que por caso fortuito o causas de fuerza mayor tiene una esperanza de vida menor a seis meses, y se encuentra imposibilitado para mantener su vida de manera natural, con base en las siguientes circunstancias:*
- a) Presenta diagnóstico de enfermedad avanzada, irreversible, incurable, progresiva y/o degenerativa;*
  - b) Imposibilidad de respuesta a tratamiento específico, y/o*
  - c) Presencia de numerosos problemas y síntomas, secundarios o subsecuentes;...*
- XII.** *Obstinación Terapéutica: utilización innecesaria de los medios, instrumentos y métodos médicos, para mantener vivo a un enfermo en etapa terminal;*
- XIII.** *Ortotanasia: significa muerte correcta. Distingue entre curar y cuidar, sin provocar la muerte de manera activa, directa o*

*indirecta, evitando la aplicación de medios, tratamientos y/o procedimientos médicos obstinados, desproporcionados o inútiles, procurando no menoscabar la dignidad del enfermo en etapa terminal, otorgando los Cuidados Paliativos, las Medidas Mínimas Ordinarias y Tanatológicas, y en su caso la Sedación Controlada...*

- XVIII.** *Sedación Controlada: es la administración de fármacos por parte del personal de salud correspondiente, para lograr el alivio, inalcanzable con otras medidas, de un sufrimiento físico y/o psicológico, en un paciente en etapa terminal, con su consentimiento explícito, implícito o delegado, sin provocar con ello la muerte de manera intencional de éste; y*
- XIX.** *Tanatología: significa tratado o ciencia de la muerte. Consiste en la ayuda médica y psicológica brindada tanto al enfermo en etapa terminal como a los familiares de éste, a fin de comprender la situación y consecuencias de la aplicación de la Ortotanasia.*

Las primeras tres facciones del presente artículo hacen una identificación de lo que es el Código Civil para el Distrito federal, el Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal y del Código Penal para el Distrito Federal.

Es de notar que al continuar con la lectura del artículo, éste detalla sus enunciados ofreciendo conceptos y situaciones más específicas en la mayoría de los casos, en muy pocas fracciones representa una copia de la Ley General de Salud.

La fracción IV de este artículo es una copia fiel de la fracción III del artículo 166 Bis 1 de la Ley General de Salud, el único término que excluye la presente fracción IV de esta ley es el empleo del término espiritual.

La fracción V del mismo artículo proporciona una definición de lo que significa el Documento de Voluntad Anticipada, el cual debe ser suscrito por el paciente terminal, conforme a la fracción VI, ante un fedatario público en pleno uso de sus facultades mentales, expresando su petición libre de negativa de someterse a tratamientos inútiles que prolonguen su vida y que involucren una obstinación terapéutica.

Este último concepto se encuentra definido en la fracción V del artículo 166 Bis 1 de la Ley General de Salud.

La fracción VI define al enfermo en etapa terminal, hace una extensa definición de éste, su promedio de vida no será superior a seis meses, incluye la característica que su vida no se mantendrá de manera natural y lo sustenta por un

diagnóstico que define su situación de enfermedad como avanzada, irreversible, incurable, progresiva y/o degenerativa.

Además que presenta la imposibilidad de respuesta tanto del paciente como de la enfermedad ante la aplicación de determinado tratamiento con efectos secundarios y problemas originados por la aplicación del mismo.

A diferencia de esta explicación de enfermo terminal, la Ley General de Salud sólo lo define como la persona con enfermedad incurable, irreversible y con un pronóstico de vida no mayor a los seis meses. Es indiscutible la diferencia en la amplitud y detalle de definiciones de una ley a otra.

La fracción XII del artículo tercero es un concepto de la obstinación terapéutica como aquellos medios utilizados como una forma innecesaria, la definición es más objetiva al emplear la palabra “innecesarios”. Lo cual dista mucho en el enunciado de la fracción V del artículo 166 Bis 1, la cual describe como obstinación terapéutica las “medidas desproporcionadas”.

La fracción XIII define el término ortotanasia, adicionalmente plantea cuál es la finalidad de la presente ley en hacer la aplicación de ésta aunada con la decisión respetable del enfermo terminal de plasmar ésta por escrito para negarse

a recibir tratamientos inútiles que prolonguen su vida de manera innecesaria si se encuentra en estado consciente o de inconsciencia.

Para la aplicación de una adecuada ortotanasia se emplean otros procedimientos como son los Cuidados Paliativos, las Medidas Mínimas Ordinarias y Tanatológicas así como el empleo de la Sedación Controlada.

Estas dos últimas técnicas, las Medidas Tanatológicas y la Sedación Controlada, se definen en las fracciones XVIII y XIX respectivamente.

**Artículo 7.** *El Documento de Voluntad Anticipada podrá suscribirlo:*

- I. *Cualquier persona con capacidad de ejercicio;*
- II. *Cualquier enfermo en etapa terminal, médicamente diagnosticado como tal;*
- III. *Los familiares y personas y personas señaladas en los términos y supuestos de la presente Ley, cuando el enfermo en etapa terminal se encuentre de manera inequívoca impedido para manifestar por sí mismo su voluntad; y*
- IV. *Los padres o tutores del enfermo en etapa terminal cuando éste sea menor de edad o incapaz legalmente declarado.*

*Para los efectos de las fracciones III y IV del presente artículo el signatario deberá acreditar con el acta correspondiente el parentesco a que haya lugar.*

La fracción I del artículo 7 refiere a cualquier persona con capacidad de ejercicio y para este efecto debemos recordar el término capacidad de ejercicio,<sup>159</sup> para efectos jurídicos, por lo que en palabras del maestro Manuel F. Chávez Ascencio,<sup>160</sup> se define como *“la aptitud legal de una persona para ser sujeto de derechos y obligaciones, y para ejercer sus derechos y cumplir sus obligaciones”*.

Es decir que el paciente terminal al tener el pleno ejercicio de su derecho de elección tiene la capacidad de goce la cual implica su capacidad de ejercicio.

Este artículo en sus cuatro fracciones establece en forma indistinta quiénes pueden suscribir el Documento de Voluntad Anticipada, que puede ser el paciente en condición terminal o terceras personas, siempre y cuando el enfermo se encuentre impedido para manifestar su voluntad.

---

<sup>159</sup> El artículo 22 del Código Civil establece: *“La capacidad jurídica de las personas físicas se adquiere por el nacimiento y se pierde por la muerte, pero desde el momento en que un individuo es concebido, entra bajo la protección de la ley y se le tiene por nacido para todos los efectos declarados en el presente Código”*. La capacidad es un atributo de la persona, en dónde inicia y dónde se pierde esta capacidad. La capacidad comprende dos aspectos: a) capacidad de goce, y b) capacidad de ejercicio. La capacidad de goce origina a la segunda. La primera se refiere a la aptitud del individuo para ser sujeto de derechos y obligaciones, la segunda se refiere al ejercicio de sus derechos y el cumplimiento de sus obligaciones.

<sup>160</sup> Profesor de derecho civil de la Universidad Iberoamericana.

**Artículo 8.** *El Documento de Voluntad Anticipada deberá contar con las siguientes formalidades y requisitos:*

- I. Realizarse por escrito de manera personal, libre e inequívoca ante Notario;*
- II. Suscrito por el solicitante, estampando su nombre y firma en el mismo;*
- III. El nombramiento de un representante para corroborar la realización del Documento de Voluntad Anticipada en los términos y circunstancias determinadas en él; y*
- IV. La manifestación respecto a la disposición de órganos susceptibles de ser donados.*

En este artículo se debe hacer un detenimiento para entender lo referente a forma o formalismo; todo acto jurídico para que exista es necesaria la materia y la forma.

La materia es el acto de la voluntad interna del sujeto en tanto que la forma es la expresión por medio de signos verbales, escritos o por la realización de conductas, es por ello que no hay acto jurídico ni contrato que no contenga forma alguna ya que ésta constituye un elemento de existencia del acto, por lo tanto el formalismo es una manera de la voluntad expresa o manifiesta.

De igual manera es importante recordar que el término formalismo, o formalidad, no se confunda con el término de solemnidad el cual es un elemento esencial al contrato, de tal manera que si no se satisfacen los requisitos necesarios por la ley, el contrato es inexistente.

En nuestro derecho positivo mexicano no se reconocen contratos solemnes, ya que el Código Civil sólo reconoce la solemnidad en el matrimonio y en el testamento.<sup>161</sup>

**Artículo 9.** *El Documento de Voluntad Anticipada suscrito ante Notario, deberá ser notificado por éste a la Coordinación especializada para efectos a que haya lugar.*

**Artículo 10.** *En caso de que el enfermo en etapa terminal se encuentre imposibilitado para acudir ante el Notario, podrá suscribir el Documento de Voluntad Anticipada ante el personal de salud correspondiente y dos testigos en los términos del Formato que para los efectos legales y conducentes emita la Secretaría, mismo que deberá ser notificado a la Coordinación Especializada para los efectos a que haya lugar.*

---

<sup>161</sup> Pérez Fernández del Castillo, Bernardo, *La forma en los actos jurídicos y en los contratos*, Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM.

**Artículo 11.** *Una vez suscrito el Documento de Voluntad Anticipada en los términos de los dos artículos anteriores, la Coordinación Especializada deberá hacerlo del conocimiento del Ministerio Público para los efectos a que haya lugar, y del personal de salud correspondiente para integrarlo, en su momento, al expediente clínico del enfermo en etapa terminal.*

Los artículos 9,10 y 11 son producto de la formalidad a seguir en el documento, se desprenden tres acciones subsecuentes que son, ser suscrito ante un Notario Público y notificado en la Coordinación Especializada, ante el personal médico correspondiente con dos testigos y en cualquiera de los dos casos anteriores se deberá rendir conocimiento del mismo ante el Ministerio Público.

**Artículo 12.** *No podrán ser testigos:*

- I.** *Los menores que no han cumplido 16 años de edad;*
- II.** *Los que habitual o accidentalmente no disfrutan de su sano juicio;*
- III.** *Los familiares del enfermo en etapa terminal hasta el cuarto grado;*
- IV.** *Los que no entiendan el idioma que habla el enfermo en etapa terminal, salvo que se encuentre un intérprete presente, y*
- V.** *Los que hayan sido condenados por delito de falsedad.*

**Artículo 13.** *No podrán ser representantes para la realización del Documento de Voluntad Anticipada:*

- I. *Los menores que no han cumplido 16 años de edad;*
- II. *Los que habitual o accidentalmente no disfrutan de su sano juicio;*
- III. *Los que no entiendan el idioma que habla el enfermo en etapa terminal, salvo que se encuentre un intérprete presente, y*
- IV. *Los que hayan sido condenados por delito de falsedad.*

Los artículos 12 y 13 hacen referencia a las personas que se exceptúan de ser nombradas como testigos así como de quiénes no pueden ser representantes del paciente terminal, respectivamente.

**Artículo 15.** *El representante que presente excusas, deberá hacerlo al momento en que tuvo noticia de su nombramiento.*

**Artículo 14.** *El cargo de representante es voluntario y gratuito; pero el que lo acepte, se constituye en la obligación de desempeñarlo.*

**Artículo 16.** *Pueden excusarse de ser representantes:*

- I. *Los empleados y funcionarios públicos;*
- II. *Los militares en servicio activo;*

- III. *Los que por el mal estado habitual de salud, o por no saber leer ni escribir, no puedan atender debidamente su representación;*
- IV. *Cuando por caso fortuito o fuerza mayor no pueda realizar el cargo conferido; y*
- V. *Los que tengan a su cargo otra representación en los términos de la presente Ley.*

**Artículo 17.** *Son obligaciones del representante:*

- I. *La revisión y confirmación de las disposiciones establecidas por el signatario en el Documento de Voluntad Anticipada;*
- II. *La verificación del cumplimiento exacto e inequívoco de las disposiciones establecidas en el Documento de Voluntad Anticipada;*
- III. *La verificación, cuando tenga conocimiento por escrito, de la integración de los cambios y/o modificaciones que realice el signatario al Documento de Voluntad Anticipada;*
- IV. *La defensa del Documento de Voluntad Anticipada, en juicio y fuera de él, así como de las circunstancias del cumplimiento de la voluntad del signatario y de validez del mismo; y*
- V. *Las demás que imponga la ley.*

El artículo 14 expresa que por aceptar el cargo de representante no se cobrará ningún tipo de emolumento, es decir, se desempeñará sin cobro alguno por las actividades como representante.

De igual manera se refiere a que la aceptación del mismo es voluntaria, es decir, que al momento de su nombramiento se acepta voluntariamente la responsabilidad para su desempeño o que de igual manera se puede rechazar el mismo, por el simple hecho de ser voluntario.

El artículo 16 enlista aquellas personas que por el tipo de función o puesto que desempeñan en determinada actividad, “pueden excusarse”, más no están obligadas a excusarse, es distinto “poder excusarse” a estar obligado a excusarse; esta limitación es enunciativa más no limitativa ya que independientemente de las funciones desempeñadas cualquier otra persona puede excusarse del mismo.

De la misma manera el artículo 15 hace referencia a que aquella persona que se excuse del cargo de representante debe hacerlo al momento de recibir su nombramiento y se entiende que de no hacerlo al momento de ser nombrado, no se podrá excusar en un tiempo posterior.

El artículo 17 en sus tres primeras fracciones establece ciertas obligaciones de representante como son la revisión, confirmación, cumplimiento y verificación de

las disposiciones establecidas por el paciente terminal así como de la integración de los cambios que realice el mismo. Sin embargo, la fracción IV, establece una obligación de defensa en el cabal cumplimiento de las disposiciones establecidas.

**Artículo 18.** *Los cargos de representación concluyen:*

- I. *Por el término natural del cargo;*
- II. *Por muerte del representante;*
- III. *Por muerte del representado;*
- IV. *Por incapacidad legal, declarada en forma;*
- V. *Por excusa que el juez califique de legítima, con audiencia de los interesados y del Ministerio Público, cuando se interesen menores o el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Distrito Federal en el ámbito de sus atribuciones; y*
- VI. *Por revocación de sus nombramientos o remoción, hecha por el signatario para su realización.*

La finalización del cargo de representación se establece en el artículo 18 por diversas circunstancias, por el término natural del encargo mismo o por la muerte, indistintamente, ya sea del representado o del representante o por alguna excusa por parte de un juez para la revocación de algún nombramiento. Como en todo acto jurídico, se establece un fin como de igual manera se planteó un inicio.

**Artículo 22.** *Cuando el Documento de Voluntad Anticipada sea suscrito ante Notario, este dará lectura al mismo en voz alta a efecto de que el signatario asiente que es su voluntad la que propiamente se encuentra manifiesta en dicho documento.*

*Cuando el solicitante del Documento de Voluntad Anticipada ignore el idioma del país, el Notario deberá nombrar a costa del solicitante un intérprete que sea perito traductor, quien concurrirá al acto y explicará totalmente al solicitante los términos y condiciones en que se suscribe el Documento de Voluntad Anticipada.*

**Artículo 23.** *El Notario deberá verificar la identidad del solicitante, y de que se halla en su cabal juicio y libre de cualquier coacción.*

**Artículo 24.** *Si la identidad del solicitante no puede verificarse, se declarará esta circunstancia por el Notario, solicitando la presencia de dos testigos, que bajo protesta de decir verdad, verifiquen la personalidad de éste y en caso de que no existiera la posibilidad de presencia de los dos testigos, el Notario agregará al Documento de Voluntad Anticipada todas las señas o características físicas y/o personales del solicitante.*

**Artículo 26.** *Se prohíbe a los Notarios y a cualesquiera otras personas que hayan de redactar Documentos de Voluntad Anticipada, dejar hojas en blanco y servirse de abreviaturas o cifras, bajo la pena de quinientos días de salario mínimo general vigente como multa.*

**Artículo 27.** *El solicitante expresará de modo claro y terminante su voluntad al Notario o a las personas facultadas para los efectos por la Secretaría según sea el caso, quienes redactarán por escrito las cláusulas del Documento de Voluntad Anticipada o cumplirán con los requisitos del Formato correspondiente, sujetándose estrictamente a la voluntad del solicitante y las leerá en voz alta para que éste manifieste si está conforme.*

*Si lo tuviere, lo firmarán el solicitante, el Notario, los testigos y el intérprete, según sea el caso, asentándose el lugar, año, mes, día y hora en que hubiere sido otorgado.*

*El solicitante preferentemente asistirá al acto acompañado de aquél que haya de nombrar como representante a efecto de sentar en el Documento de Voluntad Anticipada, la aceptación del cargo.*

**Artículo 29.** *Cuando el solicitante declare que no sabe o no puede firmar el Documento de Voluntad Anticipada o el Formato según sea el*

*caso, deberá igualmente suscribirse ante dos testigos, y uno de ellos firmará a ruego del solicitante, quien imprimirá su huella digital.*

**Artículo 30.** *Si el solicitante fuere enteramente sordo o mudo, pero que sepa leer, deberá dar lectura al Documento de Voluntad Anticipada o Formato correspondiente; si no supiere o no pudiere hacerlo, designará una persona que lo haga a su nombre.*

**Artículo 31.** *En caso de que el solicitante fuere sordomudo, y supiera el lenguaje a señas, el Notario estará a lo dispuesto por el artículo 22 párrafo segundo de la presente Ley.*

**Artículo 32.** *Cuando el solicitante sea ciego o no sepa leer, se dará lectura al Documento de Voluntad Anticipada dos veces: una por el Notario, como está prescrito en el artículo 22 primer párrafo, y otra, en igual forma, por uno de los testigos u otra persona que el solicitante designe.*

**Artículo 34.** *Las formalidades expresadas en este capítulo se practicarán en un solo acto que comenzará con la lectura del Documento de Voluntad Anticipada o el Formato correspondiente y el Notario o la persona facultada para los efectos, dará fe de haberse llenado aquéllas.*

Los artículos 22 al 34 hacen referencia en la participación y actividades directas a realizar por parte del Notario Público, que van desde la redacción en voz alta del documento, designación de un intérprete, verificación de la identidad del solicitante cuando ésta se plena o a falta de elementos para determinarla.

De igual manera el Notario Público solicitará la presencia de testigos, se le prohíbe dar hojas en blanco así como de asentar abreviaturas, signos o cantidades en cifras, a efecto que el signatario se encuentre conforme con el documento.

Una vez estando conforme el paciente con lo redactado, procede a recabar las firmas de éste, de los testigos, del intérprete si fuere el caso, asentar el lugar, año, mes, día y hora del acto y debe asentarse la propia firma del Notario.

**Artículo 35.** *El solicitante o su representante deberán entregar el Documento de Voluntad Anticipada al personal de salud encargado de implementar el tratamiento del enfermo en etapa terminal, para su integración al expediente clínico, y dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en el mismo.*

Este artículo 35 se refiere al destino que se le debe dar al Documento de Voluntad Anticipada ya que éste por sí sólo con las formalidades requeridas y

describas no tendría mayor efecto si no se le destina a un determinado fin con las personas adecuadas, por ello el documento debe destinarse al expediente clínico.

**Artículo 36.** *Es nulo el Documento de Voluntad Anticipada realizado bajo las siguientes circunstancias:*

- I. *El realizado en documento diverso al Documento de Voluntad Anticipada o el Formato correspondiente autorizado por la Secretaría;*
- II. *El realizado bajo influencia de amenazas contra el signatario o sus bienes, o contra la persona o bienes de su cónyuge, parientes, concubinario o concubina;*
- III. *El captado por dolo o fraude;*
- IV. *Aquel en el que el signatario no exprese clara e inequívocamente su voluntad, sino sólo por señales o monosílabos en respuesta a las preguntas que se le hacen;*
- V. *Aquel que se otorga en contravención a las formas prescritas por la ley; y*
- VI. *Aquel en el que medie alguno de los vicios del consentimiento para su realización.*

**Artículo 37.** *El signatario que se encuentre en algunos de los supuestos establecidos en el artículo anterior, podrá, luego que cese dicha*

*circunstancia, revalidar su Documento o Formato de Voluntad Anticipada con las mismas solemnidades que si lo signara de nuevo; de lo contrario será nula la revalidación.*

**Artículo 38.** *El Documento de Voluntad Anticipada únicamente podrá ser revocado por el signatario del mismo en cualquier momento.*

*No podrán por ninguna circunstancia establecerse o pretenderse hacer valer disposiciones testamentarias, legatarias o donatarias, derechos u obligaciones diversos a los relativos a la Voluntad Anticipada en los documentos o formatos que regula la presente Ley.*

**Artículo 39.** *En caso de que existan dos o más Documentos o Formatos de Voluntad Anticipada será válido el último firmado por el signatario.*

Del artículo 36 al 39 se explican las situaciones en las que el documento es nulo, ya sea porque se efectúe con formato distinto, se realice bajo amenazas,<sup>162</sup> por dolo, fraude,<sup>163</sup> o no se expresó claramente la voluntad del signatario.

---

<sup>162</sup> Larousse, Op. Cit., nota 1, p. 29. Dicho o hecho con lo que se dan a entender actos o palabras que se pretende hacer algún mal a otro.

<sup>163</sup> Cfr. González Quintanilla, José Arturo, *Derecho Penal Mexicano*, Editorial Porrúa S.A., 2009, p. 839. Latín *fraus, fraudis*, engaño o ardid; para su existencia plena requiere el complemento de la afectación patrimonial, es decir, engaño más lucro en beneficio del activo, bajo la contrapartida de perjuicio o empobrecimiento del pasivo. Fraude: lucro obtenido mediante engaño.

De ser así alguno de los supuestos anteriores el signatario podrá revalidar<sup>164</sup> su documento con las mismas solemnidades antes señaladas, ya que de no hacerlo revalidar con las mismas solemnidades, el último documento se tendrá como nulo en su revalidación.

Dentro de estos mismos artículos, el numeral 38 indica que el Documento de voluntad Anticipada lo puede revocar<sup>165</sup> el titular en cualquier momento que éste así lo desee, así como de igual manera en el documento no se podrán hacer valer como efectivas disposiciones testamentarias, legados<sup>166</sup> o donación de bienes.

Es muy frecuente que la voluntad anticipada se confunda con la disposición de bienes o legados; el numeral 39 hace referencia que en caso de existir dos más documentos será válido el último ya que el más reciente sustituye al más antiguo, por el hecho que las disposiciones pueden variar en tiempo.

**Artículo 40.** *Para efectos del cumplimiento de las disposiciones establecidas en el Documento de Voluntad Anticipada, el signatario o en su caso su representante, deberá solicitar al personal de salud correspondiente se efectúen las disposiciones establecidas en dicho documento.*

---

<sup>164</sup> Larousse, Op. Cit., nota 1, p. 562. Ratificar, dar nuevo valor o validez a una cosa.

<sup>165</sup> Ibídem, p. 563. Anular, se declara algo como nulo o sin efectos. P. ej. *revocar un testamento o una orden.*

<sup>166</sup> Ibídem, p. 366. Disposición testamentaria hecha en beneficio de una persona física o moral.

*El personal de salud correspondiente deberá realizar dichas disposiciones en los términos solicitados y prescritos en el Documento o Formato de Voluntad Anticipada y en referencia al derecho establecido para ello en el artículo 16 Bis 3 de la Ley de Salud.*

**Artículo 41.** *Al momento en que el personal de salud correspondiente dé inicio al cumplimiento de las disposiciones y términos contenidos en el Documento de Voluntad Anticipada deberá asentar en el historial clínico del enfermo en etapa terminal, toda la información que haga constar dicha circunstancia hasta su terminación, en los términos de las disposiciones de salud correspondientes.*

*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.*

**Artículo 42.** *El personal de salud a cargo de cumplimentar las disposiciones establecidas en el Documento o Formato de Voluntad Anticipada y las disposiciones de la presente Ley, cuyas creencias religiosas o convicciones personales sean contrarias a tales disposiciones,*

*podrán ser objetores de conciencia y por tal razón excusarse de intervenir en su realización.*

*Será obligación de la Secretaría de Salud, garantizar y vigilar en las instituciones de salud, la oportuna prestación de los servicios y la permanente disponibilidad de personal de salud no objetor, a fin de verificar el cumplimiento de la Voluntad Anticipada del enfermo en etapa terminal.*

*La Secretaría en el ámbito de sus atribuciones y posibilidades financieras, ofrecerá atención médica domiciliaria a enfermos en etapa terminal, de conformidad con los lineamientos que para tal efecto emita en los términos de la presente Ley.*

*Asimismo, la Secretaría emitirá los lineamientos correspondientes para la aplicación de la Ley de Voluntad Anticipada en las instituciones privadas de Salud.*

**Artículo 43.** *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.*

**Artículo 44.** *No podrán realizarse las disposiciones contenidas en el Documento o Formato de Voluntad Anticipada y en la presente Ley, a enfermo que no se encuentre en etapa terminal.*

Del artículo 40 al 44 se hace referencia a las acciones relativas que debe ejecutar el personal médico en el cumplimiento de las disposiciones establecidas en el Documento de Voluntad Anticipada, consistente en asentarlas en el historial clínico del enfermo hasta su completa terminación, incluyendo en los tratamientos los Cuidados Paliativos, las Medidas Mínimas Ordinarias, la Sedación Controlada así como el Tratamiento Tanatológico.

El personal médico, deberá acatar las disposiciones de tal documento, pero éste podrá objetar el ejecutar alguna o algunas si fueren en contra de sus creencias religiosas.

Se deberá externar la excusa en tal sentido para no intervenir en la realización de tales disposiciones, con la finalidad que sea sustituido tal personal por cualquier otro que no objete las disposiciones del Documento de Voluntad Anticipada a fin de realizar su cabal cumplimiento.

Los artículos 43 y 44 son de particular atención, ya que el primero hace la indicación que el personal médico no podrá administrar de manera intencional

cualquier medicamento o tratamiento que deliberadamente provoque el deceso del enfermo en etapa terminal.

El artículo 44 impide la realización de las disposiciones asentadas en el Documento de Voluntad Anticipada si el enfermo no se encuentra en etapa terminal, parece contradictorio ya que en la frac. II del artículo 7 se enuncia quién puede suscribir tal documento y las condiciones en el enfermo, las cuales están anotadas en la fracción VI del artículo 3 de esta misma ley.

En otras palabras, este documento lo puede suscribir un enfermo en etapa terminal y sus disposiciones sólo aplicarán al mismo. Pero por el contrario no puede existir un Documento de Voluntad Anticipada suscrito por un enfermo que no se encuentre en etapa terminal, razón por la cual el artículo 44 es contradictorio.

**Artículo 45.** *La Coordinación Especializada es la unidad administrativa adscrita a la Secretaría encargada de velar por el cumplimiento de las disposiciones establecidas en la presente Ley y en los Documentos y Formatos de Voluntad Anticipada.*

**Artículo 46.** *Son atribuciones de la Coordinación Especializada:*

- I. *Recibir, archivar y resguardar los Documentos y Formatos de Voluntad Anticipada, procedentes de las instituciones públicas y privadas de salud;*
- II. *Hacer del conocimiento del Ministerio Público los Documentos y Formatos de Voluntad Anticipada; procedentes de las instituciones públicas y privadas de salud;*
- III. *Supervisar en la esfera de su competencia:*
  - a) *El cumplimiento de las disposiciones de los Documentos y Formatos de Voluntad Anticipada; y*
  - b) *Lo relativo en materia de Trasplantes y Donación de Órganos y Tejidos;*
- IV. *Coadyuvar con el control y registro de donantes y receptores de Órganos y Tejidos en coordinación con el Centro Nacional de Trasplantes y los Centros estatales de Trasplantes en el ámbito de sus atribuciones ;*
- V. *Fungir como vínculo con los Centros Nacional y Estatales de Trasplantes en el ámbito de su competencia;*
- VI. *Fomentar, promover y difundir la cultura de Donación de Órganos y Tejidos en el ámbito de su competencia;*
- VII. *Proponer en el ámbito de su competencia, la celebración de convenios de colaboración con otras instituciones y asociaciones*

*públicas o privadas en las que se promuevan y realicen  
Trasplantes de Órganos y Tejidos; y*

**VIII.** *Las demás le otorguen las otras leyes y reglamentos.*

Estos dos últimos artículos definen qué es la Coordinación Especializada, la cual funciona como nexo entre la institución y la Secretaría, así como sus funciones de archivo, resguardo, informar al Ministerio Público sobre los Documentos de Voluntad Anticipada, ya sean originados en instituciones públicas o privadas de salud y lo relacionado con la donación de tejidos y órganos.

#### **4.7 ALCANCES DE LA LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL DISTRITO FEDERAL**

El Documento de Voluntad Anticipada debe contener al menos cuatro aspectos que le permiten establecer límites y alcances, a saber:<sup>167</sup>

1. Valores y opciones personales: consiste en plasmar la expresión del paciente de cuáles son sus principios vitales y que establezca una jerarquía de valores, es el reflejo de las opciones personales respecto a los momentos finales de la vida, puede incluir disposiciones como la opción del lugar dónde recibir los cuidados y la voluntad de donación de órganos;

---

<sup>167</sup> Sánchez Barroso, José Antonio, Op. Cit., nota 55, p 227.

2. Aspecto sanitario: trata sobre los hechos clínico-biológicos para la aceptación o rechazo de determinados tratamientos o cuidados, sobre todo cuando son conocidas las probabilidades evolutivas de la enfermedad y principalmente si se trata de enfermedades crónicas;
  
3. Instrucciones y límites médicos: al verificarse los hechos previstos en el Documento, qué es lo que la persona desea o no si se encuentra incapacitada temporal o definitivamente. Un ejemplo de esto es solicitar no se apliquen medidas de soporte vital, con lo cual se reconoce el derecho de aceptar o rechazar tratamientos, pero no se puede solicitar aquellos no indicados o contraindicados; y
  
4. Designación de un representante: su función es actuar como un intermediario ante el personal médico, siempre y cuando el paciente no pueda expresar su voluntad y se le sustituya en la interpretación y en el cumplimiento de las instrucciones establecidas.

El representante no puede contradecir el contenido del documento, se debe apegar a las instrucciones contenidas en el Documento conociendo anticipadamente cuál es la voluntad del enfermo.

Por la importancia de su papel, es importante analizar en forma previa que por su actuación no se vean afectados intereses ajenos o propios, a favor o en contra, indistintamente, por esto, la familia debe conocer quién es la persona designada como tal.

#### **4.8 NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-168-SSA1-1998 PARA EL REGISTRO EN EXPEDIENTE Y CUMPLIMIENTO DE ACCIONES MÉDICAS DE FECHA 14 DE SEPTIEMBRE DE 1999**

La Norma Oficial Mexicana,<sup>168</sup> NOM-168-SSA1-1998<sup>169</sup> establece los criterios científicos, tecnológicos y administrativos obligatorios en la elaboración, integración, uso y archivo del expediente clínico.

La presente Norma Oficial Mexicana es de observancia general en el territorio nacional y sus disposiciones son obligatorias para los prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado, incluidos los consultorios, en los términos previstos en la misma.

---

<sup>168</sup> NOM por sus siglas o Norma Oficial Mexicana, es un conjunto de normas que pretende regular cantidades, valores y características mínimas en la producción de bienes y en la prestación de servicios entre personas morales y físicas. Las NOM se hacen obligatorias para el alcance de la prestación del bien o servicio.

<sup>169</sup> Diario Oficial de la Federación, 30 de septiembre de 1999.

Entre los once diversos servicios de salud a los que hace referencia la presente Norma Oficial Mexicana para su aplicación, son de particular aplicación al tema las definiciones siguientes:

*4.2 Cartas de consentimiento bajo información, a los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal, mediante los cuales se acepte, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimientos médico o quirúrgico con fines de diagnóstico o, con fines diagnósticos, terapéuticos o rehabilitatorios;*

*4.4 Expediente clínico, al conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a su intervención, con arreglo a las disposiciones sanitarias; y*

*4.9 Resumen clínico, al documento elaborado por un médico, en el cual se registrarán los aspectos relevantes de la atención médica de un paciente, contenidos en el expediente clínico. Deberá tener como mínimo: padecimiento actual, diagnósticos, evolución, pronósticos, estudios de laboratorio y gabinete.*

La finalidad de esta Norma Oficial Mexicana es el establecimiento de las especificaciones mínimas requeridas en la administración, elaboración, integración, uso, archivo y destino del expediente clínico.

**4.9 NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-0014-SSA-2014 SOBRE LOS CRITERIOS PARA LA ATENCIÓN DE ENFERMOS EN SITUACIÓN TERMINAL A TRAVÉS DE CUIDADOS PALIATIVOS DE FECHA 23 DE OCTUBRE DE 2014**

La Norma Oficial Mexicana, NOM-0014-SSA-2014<sup>170</sup> establece los criterios y procedimientos mínimos indispensables que permitan prestar, a través de equipos inter y multidisciplinarios de salud, servicios de cuidados paliativos a pacientes que padecen una enfermedad en situación terminal, evitando la aplicación de medidas que sean susceptibles de constituirse en obstinación terapéutica.

La presente Norma Oficial Mexicana es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional, para todos aquellos establecimientos y prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado del Sistema Nacional de Salud que cuenten con un área para la prestación de cuidados paliativos a pacientes que padecen una enfermedad en situación terminal.

---

<sup>170</sup>Ibídem, 09 de diciembre de 2014.

De las seis referencias que establece la presente Norma Oficial Mexicana, son de particular aplicación al tema las definiciones siguientes:

*4.1 Calidad de vida, a las condiciones físicas, psicológicas y sociales concretas que permiten al paciente en situación terminal actuar de acuerdo a sus objetivos, expectativas y creencias en el contexto de sus relaciones familiares y sociales;*

*4.3 Cuidados Paliativos, al cuidado activo y total de aquellas enfermedades que no responden a tratamiento curativo. El control del dolor, y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales;*

*4.4 Enfermo en situación terminal, a la persona que tiene una enfermedad incurable e irreversible y que tiene un pronóstico de vida inferior a seis meses, y*

*4.5 Plan de cuidados paliativos, al conjunto de acciones indicadas, programadas y organizadas por el médico tratante, completadas y supervisadas por el equipo multidisciplinario, las cuales deben proporcionarse al enfermo en situación terminal, en función de su padecimiento específico, otorgando de manera completa y*

*permanente la posibilidad del control de los síntomas asociados al mismo.*

La finalidad de estas definiciones es establecer las características mínimas indispensables a fin de proporcionar bienestar y una calidad de vida digna hasta el momento de la muerte, previniendo posibles acciones y conductas que tengan como consecuencia el abandono y prolongación de la agonía, así como evitar acciones susceptibles de constituirse en obstinación terapéutica.

#### **4.10 TESIS DE LA SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACIÓN SOBRE LA EUTANASIA**

Respecto al tema la Suprema Corte no se ha pronunciado de forma amplia mediante jurisprudencia, sin embargo se cuenta con la siguiente tesis:<sup>171</sup>

**SUICIDIO, HOMICIDIO SOLICITADO:** *Suicidio, “acto por el que una persona se quita la vida”; no es delito ni cuando se consuma ni cuando se frustra, pero la participación de otros en el suicidio ajeno, sí lo es.*

*Así pues, analizando la parte final del artículo 312 del Código Penal Federal, en el sentido de que la participación material tan completa que realiza una persona hasta el punto de causar la muerte a otro, determina la represión penal, a*

---

<sup>171</sup> Sotelo Salgado, Cipriano, Op. Cit., nota 3, p. 381.

*virtud de que nuestra legislación no prevé, como causa de que excluye la incriminación.*

*Tal participación en el delito, independientemente del consentimiento de la víctima, con arreglo a la doctrina, la que por cierto sustentan otras legislaciones, el consentimiento del ofendido constituye el ejemplo clásico de la exclusión con arreglo al principio de la regla del interés, supone el abandono consciente de los intereses por parte del que legítimamente tiene la facultad de disponer del bien jurídico.*

*Lo cierto es que, conforme a nuestra legislación, quien presta auxilio o cooperación a la víctima que desea privarse de la vida, hasta el punto de que el agente partícipe realice materialmente la acción eficientemente para la privación de la vida, tal conducta es objeto de represión penal, a virtud de que comete el delito de homicidio, quien priva de la vida a una persona” .<sup>172</sup>*

Adicional a la tesis expuesta, por parte de la Suprema Corte de Justicia de la Nación, se dio la conferencia magistral denominada Régimen Jurídico de los Cuidados Paliativos expuesta por el Ministro José Ramón Cossío Díaz, en el Ciclo

---

<sup>172</sup>*Semanario Judicial de la Federación, Sexta Época, Volumen XIV, p. 219.*

de Conferencias Ciencia y Cultura para Juzgadores en el mes de octubre de 2013.<sup>173</sup>

El Ministro explicó en el auditorio del Instituto de la Judicatura Federal-Escuela Judicial, que los temas que en breve comenzarán a cobrar importancia son los relacionados con los cuidados paliativos y la muerte asistida por el hecho de estar conexos.

El Ministro junto con los colaboradores Lorena Goslinga, Laura Torres, Rodrigo Montes de Oca y David Sánchez, ya se encuentran trabajando en el tema con la finalidad de elaborar conceptos e ideas por la cantidad de implicaciones y para encontrarse preparado para cuando comiencen a atenderse caso de esta índole.

Afirma que el tema lo sube a la mesa de debate la realidad médica actual del país la cual es cada vez más aguda con el paso del tiempo y que de acuerdo a un estudio de la Academia Nacional de Medicina de las expectativas de vida en la población mexicana desde los años veinte hasta la fecha ha cambiado en forma radical.

---

<sup>173</sup>*Compromiso*, Órgano Informativo del Poder Judicial de la Federación, Suprema Corte de Justicia de la Nación, Año 12/No. 149-noviembre de 2013, p. 20.

Sobre el estudio anterior, se indica que en los años veinte las causas de muerte se debían a influenza, diarrea, paludismo, viruela, tuberculosis, muerte violenta incluido el suicidio, enfermedades del corazón y las del parto.

Las expectativas de vida eran de 35 años para las mujeres y 33 para los hombres, a diferencia que en 2011 los hombres viven 73 años y las mujeres 78.

Lo cual se traduce que en un periodo menor a cien años, la esperanza de vida se incrementó en 40 años.

El cambio en los hábitos de higiene y alimentación más los adelantos en la infraestructura repercutieron en el incremento de las expectativas de vida y modificaron enfermedades y causas de muerte.

Es por esto que en 2011 se registraron decesos por enfermedades del corazón pero no como una causa genérica de defunción, sino por complicaciones diversas.

El dilema de la muerte asistida se presenta por el tránsito de causas de fallecimiento por infecciones a decesos por enfermedades crónico degenerativas, lo que origina que la persona viva más pero con enfermedades complejas que hacen indispensables los cuidados paliativos.

Esto se traduce en que las enfermedades infecciosas aniquilaban rápidamente a las personas y hoy en día prevalecen las crónico-degenerativas con largos padecimientos que postran al individuo en cama, lo cual es preocupante para la sociedad actual.

Destaca el Ministro la importancia de empezar a analizar estos escenarios *“porque es muy probable que nos empiecen a llegar casos delicados y serios en relación a la muerte asistida, a cuidados paliativos y también creo que muy probablemente lo relacionado con la eutanasia activa”*.<sup>174</sup>

Mencionó que hasta el momento no se tiene estos casos y seguramente en juzgados y tribunales, pero con el inicio del reglamento de cuidados paliativos vigente a partir de noviembre de 2013 es muy probable que lleguen a dichos órganos.

Habla de la importancia de empezar a revisar la Constitución en el artículo 4º. segundo párrafo, que de manera general establece el derecho a la salud, mientras que el artículo 3º. de la Ley General de Salud especifica en qué consiste este derecho.

Refiere que *el problema es que por una mala decisión del órgano legislativo en el título octavo bis, se introduce la expresión “cuidados paliativos” a*

---

<sup>174</sup>Ibídem, p. 21.

*los enfermos en situación terminal, lo que conlleva a una falta de correspondencia entre esa expresión y tratamiento integral del dolor del artículo tercero, situación que puede ser ajustada por el legislativo.*<sup>175</sup>

Detalló que en esta situación, la legislación contempla tres aspectos:

1. El tratamiento contra el dolor: asunto de por sí complicado al suministrar drogas potentes para la inhibición que son prohibidas en el mercado;
2. Tratamiento psicológico: proporcionado a la persona que va a morir y a la familia de éste, y
3. Proporcionar ayuda espiritual.

Considera que de los aspectos anteriores el más delicado es el tratamiento contra el dolor ya que conforme al artículo 176 Bis 21 de la Ley General de Salud no se pueden proporcionar drogas en cantidades tales que conlleven a la muerte del paciente y que aplicarse éstas se le podría llamar eutanasia pasiva o suicidio asistido.

---

<sup>175</sup> Cfr. Ídem.

El Ministro explicó que conforme a la legislación mexicana la eutanasia está prohibida por entenderse como homicidio por piedad o como suicidio asistido conforme lo señala el Código Penal Federal.

De igual manera explica: “creemos que la legislación reconoce, no de manera expresa y directa a la eutanasia activa, pero sí reconoce la posibilidad de una eutanasia pasiva”, al determinar que las personas pueden en un determinado momento y bajo cierto tipo de condiciones establecidas y definidas, solicitar la interrupción del tratamiento que se le está dando.

Indicó el Ministro que ante esta realidad se estos elementos para eliminar problemas e identificar conflictos y en la medida de lo posible respetar la función jurisdiccional de no adelantar criterios para que médicos y juristas sepan cómo actuar antes estos casos.

## CAPÍTULO QUINTO

### DERECHO COMPARADO DE LA VOLUNTAD ANTICIPADA, MÉXICO Y ESPAÑA

#### 5.1 CONCEPTOS<sup>176</sup> Y FORMALIDADES EN EL OTORGAMIENTO<sup>177</sup>

A continuación se expone un breve análisis de conceptos de la ley española y mexicana, con el debido apoyo y reconocimiento del maestro José Antonio Sánchez Barroso, la finalidad es hacer notar ciertos aspectos relevantes de términos empleados en nuestra actual legislación así como de la española, con elementos tomados de ésta última por razones de idioma y comprensión lingüística.

Los conceptos empleados por la legislación española son:

- a) Expresión anticipada de voluntades.
- b) Manifestación anticipada de voluntades.
- c) Instrucciones previas.
- d) Voluntad anticipada (sing.) o voluntades anticipadas (plur.)
- e) Voluntades vitales anticipadas.
- f) Expresión de voluntad con carácter previo.

Los conceptos empleados en la legislación mexicana son:

---

<sup>176</sup> Cfr. Sánchez Barroso, José Antonio, Op. Cit., nota 55, pp. 238 a 245.

<sup>177</sup> Cfr. Ibídem, pp. 246 a 253.

- a) Voluntad anticipada, empleada en la fracción V del artículo 3 de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal. (LVADF)
- b) Disposiciones previsoras, empleado en la Ley Protectora de la Dignidad del Enfermo Terminal para el Estado de Coahuila. (LPDET)
- c) Disposiciones premortem, empleado en la Ley Estatal de Derechos de las Personas en Fase Terminal, Estado de San Luis Potosí. (LEDPFT)
- d) Voluntad vital anticipada, empleado en la Ley de Voluntad Vital Anticipada del Estado de Michoacán de Ocampo. (LVVAEM)

Recordemos los términos forma y formalidad, la primera es la manera por la cual se hace constar o se hace exteriorizar la voluntad del individuo.

La diferencia con la formalidad o formalismo, es el conjunto de reglas necesarias y establecidas por un ordenamiento jurídico o por las partes que intervienen en las cuales establecen cómo se debe exteriorizar esa voluntad para que tenga validez el acto jurídico.

La forma es un elemento de existencia en tanto que el formalismo o formalidad es un elemento de validez.<sup>178</sup>

---

<sup>178</sup> Cfr. *Ibíd.*, p. 246.

En todo acto jurídico es indispensable que la manifestación de la voluntad sea declarada por escrito, ya que la forma de expresión oral como tal, no puede ser admisible para un acto de semejante envergadura.

En la legislación española se requieren las siguientes formalidades para la realización del acto:

- a) Que se otorgue por escrito.
- b) Que se otorgue ante un Notario Público, o ante testigos, o ante funcionario o encargado del registro.

De la legislación mexicana se requieren las siguientes formalidades:

- a) Que se otorgue por escrito, artículo 8 fracción I y artículo 27 de la LVADF.
- b) Que se otorgue ante Notario Público, artículo 8 fracción I y artículo 27 de la LVADF, y
- c) Que se otorgue ante el personal de salud correspondiente en presencia de dos testigos.

El común denominador en ambas legislaciones es la presencia del Notario Público o en su defecto del personal del registro o del personal de salud en cada caso, pero con la presencia de testigos. Ambas normatividades coinciden en que la voluntad debe asentarse por escrito, ambas invalidan la expresión oral.

## 5.2 CONTENIDO DEL DOCUMENTO<sup>179</sup> Y CAPACIDAD DEL OTORGANTE<sup>180</sup>

Es indispensable considerar los hechos biológicos y clínicos del paciente, ya que éstos son los que determinan el contenido de las directrices o lineamientos a seguir para la aceptación o rechazo de determinados tratamientos.

La legislación española establece para su contenido del documento:

- a) Historia de valores.
- b) Hechos clínicos y biológicos.
- c) Instrucciones y límites de la atención médica.
- d) Designación de un representante.

En la legislación mexicana se establece para el contenido del documento:

- a) Instrucciones y límites de la atención médica.
- b) Designación de un representante.

Lamentablemente la legislación mexicana no incluye en el contenido del documento la historia de valores clínicos así como los hechos clínicos y biológicos como una parte integrante del mismo.

---

<sup>179</sup> Cfr. *Ibidem*, pp. 254 a 259.

<sup>180</sup> Cfr. *Ibidem*, pp. 260 a 264.

### 5.3 EJECUCIÓN<sup>181</sup> Y REVOCACIÓN DEL ACTO<sup>182</sup>

Para la realización de todo acto jurídico es indispensable la participación del derecho ya que la voluntad no puede ser absoluta ni ilimitada.

Es por ello importante la participación del derecho al imponer límites bien definidos mediante leyes que los establecen así como de otros factores que intervienen como son el interés común y el orden público, por lo tanto la voluntad anticipada no puede contener disposiciones que actúen en contra de las leyes, el interés común y el orden público.

La legislación española enumera dos aspectos limitantes para su ejecución:

- a) Disposiciones contrarias a la buena práctica médica.
- b) Que la situación clínica a la que se enfrenta el paciente no se encuentre prevista en el documento y por lo tanto no corresponda a los supuestos previstos.

La legislación mexicana establece al respecto:

- a) Sólo se condiciona la ejecución de las disposiciones ante una enfermedad terminal, artículo 44 de la LVADF.

---

<sup>181</sup> Cfr. *Ibidem*, pp. 264 a 267.

<sup>182</sup> Cfr. *Ibidem*, pp. 268 a 272.

En el aspecto de la revocación del documento, ambas legislaciones coinciden en que el documento puede ser revocado en cualquier momento debiendo dejar constancia por escrito y que se deben cumplir con los mismo requisitos para su nuevo otorgamiento, artículos 38 y 39 de la LVADF.

#### **5.4 EXPEDIENTE CLÍNICO Y REGISTRO<sup>183</sup>**

El documento de voluntad anticipada debe constar en el expediente clínico del paciente como una materialización de las conclusiones y decisiones del paciente con su médico después de una debida deliberación entre tres partes que son el paciente, personal médico y parientes del enfermo terminal.

Ambas legislaciones coinciden en el mismo fin, de integrar tal documento en el expediente clínico con la finalidad que se sigan cabalmente las directrices ahí establecidas, conforme a los artículos 11 y 35 de la LVADF.

#### **5.5 CAPACIDAD DEL OTORGANTE**

La normatividad española exige para otorgar la voluntad anticipada la capacidad de obrar, conocida en México como la capacidad de ejercicio, es decir ser mayor de edad y que no haya declaración judicial de incompetencia.

---

<sup>183</sup> Cfr. *Ibíd.*, pp. 272 a 281.

En España no existe uniformidad en la terminología para referirse a la capacidad de ejercicio, se le puede denominar de las siguientes formas:

- a) Capacidad legal;
- b) Capacidad de obra;
- c) Capacidad suficiente; o
- d) No estar incapacitado judicialmente.

La normatividad aplicable en México exige que la voluntad anticipada sea otorgada únicamente a personas que posean capacidad de ejercicio como lo refiere la L.V.A.D.F. en el artículo 3 fracción V y artículo 7 fracción I.<sup>184</sup>

La voluntad anticipada es un acto jurídico al que le son aplicables las reglas del derecho común relativas a la existencia y validez de los demás actos jurídicos.

Tanto en España como en México la regla general es que para el otorgamiento de la voluntad anticipada es indispensable que su autor tenga capacidad de ejercicio.

En México se presentan dos problemas sobre la capacidad del otorgante, el primero se trata en la Ley de Voluntad Anticipada del Estado de Aguascalientes.

---

<sup>184</sup> Cfr. *Ibíd*em, pp. 272 a 262.

A diferencia de las legislaciones locales, esta última ley condiciona la capacidad para otorgar el Documento a la existencia de una enfermedad en etapa terminal.

El segundo problema es, en España se reconoce este derecho como correspondiente para cada persona en lo particular, a diferencia que en México la L.V.A.D.F. en el artículo 7 fracción III y artículo 19 se reconoce éste no sólo al titular de la autodeterminación, sino que de igual forma a otras personas cuando la primera no puede manifestar su voluntad sin ser necesaria la declaración judicial.

Esto se entiende en que la L.V.A.D.F. le concede este derecho al o la cónyuge, al concubinario o la concubina, al o la conviviente, a los hijos, etc. Por lo que bajo este esquema no existe plenamente el derecho a la autodeterminación por parte del titular del bien jurídico.

El principal objetivo de la voluntad anticipada consiste en que nadie decida por el titular del bien jurídico afectado en lo relacionado a su salud, vida o muerte respetando los marcos legales, éticos y biológicos establecidos.

## PROPUESTA

La legalización de la eutanasia representa un reto para nuestro actual sistema jurídico ya que no faltaría el caso de quien argumentando una fase terminal de un familiar solicite se le practique la eutanasia en forma legal, aun cuando detrás de esta petición se encuentre otro motivo o finalidad personal, ya sea para lograr un beneficio económico o personal con el silencio definitivo del enfermo.

Por ello es indispensable establecer una serie de candados que impidan este tipo de situaciones que bajo la mentira y el beneficio personal no se logre la impunidad.

La solución es que cuando se declare a un enfermo en fase terminal, sea mediante el resultado de la opinión de dos médicos especialistas en el área, y esta consideración sea sometida por la opinión familiares y que además sea puesta a consideración de un consejo consultivo médico, que analizará el caso debiendo dar su veredicto a la brevedad ya sea por unanimidad o mayoría.

Si el resultado coincide con los familiares, se procederá a hacer la petición ante el Ministerio Público para que en su calidad de representante social, otorgue su consentimiento. Si la petición se declara procedente, se hará saber al cuerpo

colegiado médico que se instruya a quien corresponda para que se proceda a practicar la eutanasia por el procedimiento más adecuado en términos médicos.

Actualmente existe una falta de información sobre la eutanasia, de sus clasificaciones o tipos, así como de las situaciones que rodean al paciente, es por ello que se requiere de una mayor participación de las autoridades sanitarias para difundir el tema como por parte de los legisladores que la promuevan como un derecho del individuo con el fin de protegerla dignidad de éste.

Es por ello que cuando un paciente terminal considera pertinente recibir información sobre su padecimiento médico así como del futuro de su situación clínica que esto conlleva, el derecho no le puede obligar a recibir esta información.

Sin embargo, si el paciente decidiera recibir esta información, nadie le obliga a ello, esto es una conducta que reafirma esa dignidad en virtud de sus valores encaminada a un hacer o no hacer.

En ese mismo orden de ideas sobre la libertad que el derecho otorga al paciente en recibir o no el tratamiento médico, esa es la misma función del derecho de actuar como un garante en la decisión del individuo, el cual no afecte el bien jurídico propio ni el ajeno.

Bajo este esquema del derecho como protector de las decisiones individuales se hace necesaria una legislación para la eutanasia ya que ha quedado claro que éste es un garante en la protección del bien jurídico personal, individualizado.

Si esa finalidad del derecho se aplica para regular la eutanasia luego entonces esa garantía jurídica no afectará a terceros relacionados con el paciente terminal así como la decisión que éste tome para anticipar su muerte, evitando así la obstinación terapéutica ante el inminente resultado.

Para situaciones específicas y concretas, mi propuesta es para legalizar la eutanasia voluntaria, es decir, aquella en la que el paciente terminal en estado de consciencia toma la libre decisión de anticipar su muerte, con el debido intercambio de ideas entre éste y el médico que le asiste.

En este orden de ideas la ley no debe obligar al médico encargado a ejecutar la decisión del paciente ya que se puede ofrecer esa elección a otros médicos que conozcan la enfermedad en cuestión. De igual manera se debe informar a los familiares o terceros afectados como aquellas personas que acompañen al enfermo.

## CONCLUSIONES

**PRIMERA.** La eutanasia es tan antigua como el hombre primitivo lo cual se demuestra con la arqueología forense, poniendo en evidencia la ejecución del enfermo de gravedad (eutanasia activa); así como otros casos de eutanasia no voluntaria que se justificaban si la persona presentaba limitaciones físicas que le impedían subsistir. Estos ejemplos eran bastante comunes en las antiguas civilizaciones.

**SEGUNDA.** La eutanasia en la cultura griega no representaba mayor disyuntiva ética o moral en virtud de practicarse como una óptima resolución ante la pena de una vida indigna y señalada socialmente, la técnica empleada era ingerir veneno de cicuta.

**TERCERA.** Hay registros en la cultura helénica que brindan la realidad sobre la infundada idea que se tiene respecto a la medicina en el sentido de creer que ésta siempre otorgó lo mejor de sus esfuerzos y conocimientos en el cuidado y conservación para la vida. La verdad es que “no siempre se practicaba el arte médico en pro del individuo”.

**CUARTA.** Se define el término eutanasia como “muerte buena” gracias al primer registro histórico documentado en la cultura romana con el historiador Gayo

Suetonio Tranquilo. No representaba un dilema personal para su ejecución, se practicaba la eutanasia activa y el suicidio.

**QUINTA.** La eutanasia no es sinónimo de muerte ni pone en juego la vida ante situaciones inciertas del futuro. Se define como el pleno ejercicio del hombre ante una enfermedad terminal y que a solicitud de éste en forma libre, autónoma y reiterada con el debido intercambio de información y de opciones alternas, el individuo puede establecer el límite de su vida con el debido apoyo médico.

**SEXTA.** La Ley General de Salud en el artículo 166 Bis 21 enuncia dos ideas diferentes. Una idea refiere a la prohibición en la práctica eutanásica y otra es que esta figura se le confunde con otro acto de carácter penal. Por lo tanto, una cosa es la prohibición para realizar algo y otra cosa es que ese acto se asimile con un delito.

**SÉPTIMA.** La eutanasia está legislada en Países Bajos, Bélgica, Oregón EE. UU. y Australia. En estos países se ofrece un debido procedimiento con requisitos, normas, intercambio de información, alternativas médicas y tiempos estimados. La determinación de cualquiera de las partes no es obligatoria para nadie, tipifican la figura de eutanasia voluntaria y pasiva, desechan la eutanasia activa así como el suicidio médicamente asistido.

**OCTAVA.** La eutanasia activa se realiza por la decisión voluntaria del paciente terminal con el suministro de una droga o fármaco; la pasiva se realiza por la orden o decisión de un tercero, en el paciente inconsciente mediante el retiro de aparatos o negando el tratamiento clínico. El suicidio médicamente asistido obedece a razones personales, independientes de motivos de enfermedad con la participación de personal sanitario.

**NOVENA.** El suicidio médicamente asistido está legislado en Suiza desde 1942, se enfoca para los casos de ciudadanos que requieran de este servicio médico por motivos personales o de enfermedad, los cuales deben estar debidamente requisitados e informados ante la autoridad.

**DÉCIMA.** En razón de lo anterior, se sugiere que se regule la eutanasia como la voluntad del paciente terminal ante una decisión de poner fin a su vida, involucrando en su decisión a terceros afectados que le rodean. No se le debe confundir o asociar con el suicidio ya que éste engloba propósitos personales que en la mayoría de los casos obedece a razones psiquiátricas.

**DÉCIMA PRIMERA.** En el artículo 166 Bis 18 de la Ley General de Salud, la palabra “entendida” fue manifiesta por el legislador con la única finalidad de colocar la eutanasia a un nivel de un acto reconocido jurídicamente como un delito penal. Sostengo mi idea en que la eutanasia debe ser considerada una figura jurídica

independiente de una “asimilación delictiva” o de un “*entendimiento delictivo*”, como así lo pretende “hacer entender” esta ley.

**DÉCIMA SEGUNDA.** Es indispensable separar la eutanasia de la figura del homicidio, ya que es frecuente su confusión. Merecen especial atención el artículo 302 del Código Penal Federal, el cual no aporta elementos que describan el comportamiento de cualquiera de los agentes que intervienen en el acto, así como el artículo 166 Bis 21 de la Ley General de Salud, que indebidamente la homologa al homicidio.

**DÉCIMA TERCERA.** En el artículo 2 de la Ley de Voluntad Anticipada para el D.F., se define cuál es la finalidad de esta legislación, enuncia que las disposiciones contenidas en la misma serán relativas a la materia de Ortotanasia, que consiste en el actuar del personal médico mediante la aplicación de medidas aliviadoras al enfermo terminal ante el final de su vida, distinguiendo entre curar y cuidar sin provocar la muerte.

**DÉCIMA CUARTA.** La Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal es un avance que da importancia a la decisión del paciente ante situaciones clínicas. Sin embargo no es una panacea jurídica para el enfermo terminal, establece límites ante los tratamientos médicos, pero no permite la libre voluntad para delimitar la vida, por ello considero indispensable una legislación de la eutanasia.

**DÉCIMA QUINTA.** Entre los objetivos para la legalización de la eutanasia se deben omitir motivos personales de terceros que pretendan lograr un beneficio mediante requisitos y situaciones necesarias que impidan el daño del afectado, evitando así la impunidad en la toma de decisiones mediante la participación de un consejo consultivo médico, familiares y el Ministerio Público.

**DÉCIMA SEXTA.** Es indispensable la participación de las autoridades sanitarias y de los legisladores en difundir el tema de la eutanasia promoviéndola como un derecho del individuo con el objetivo de proteger la dignidad de éste, con la debida legislación que actúe como una garantía en la protección del bien jurídico personal.

**DÉCIMA SÉPTIMA.** Se propone se regule la eutanasia voluntaria, en la que el paciente en estado de consciencia tome libremente la decisión de anticipar su muerte para prevenir una enfermedad terminal, basado en el debido intercambio de información con la autoridad médica y familiares, evitando de esta manera abusos personales y médicos. En esa legislación se deben incluir los aspectos descritos en la propuesta del presente trabajo.

**DÉCIMA OCTAVA.** De estas ideas se concluye que legalizar la eutanasia no acarrea abusos médicos en su aplicación. Con el presente trabajo propongo la eutanasia no como un concepto genérico ya que nuestra legislación hace una clara

prohibición del tema, pero esta es una prohibición general sin mayor explicación que defina a qué tipo o para qué clasificación eutanásica se hace esta prohibición.

**DÉCIMA NOVENA.** La ley debe otorgar plazos para que una vez corroborada la decisión del paciente, como definitiva, con el consentimiento de terceros y de las autoridades como el Ministerio Público más la participación del Notario Público que asiente los hechos, se proceda asistiendo médicamente al enfermo para anticipar su muerte. Todo esto sólo como un breve momento que anticipará el inminente final.

**VIGÉSIMA.** Con la sentencia *Carter vs. el Estado de Canadá* se hace efectiva una suspensión temporal a partir del 6 de febrero de 2015 del tipo penal en el auxilio al suicidio establecido en el Código Penal Canadiense, y permite que en los próximos doce meses se entablen los debates para definir las situaciones clínicas para casos específicos así como las garantías necesarias para evitar abusos y se logre una legislación de la eutanasia para el año 2016.

**VIGÉSIMA PRIMERA.** Al aprobarse el 23 de marzo de 2015 la Ley de Sedación Profunda para Pacientes en Estado Terminal en Francia, se logra una eficiente legislación que vigila los derechos del paciente ante la enfermedad terminal, utilizando métodos humanitarios de una manera ágil y bien razonada, evitando opiniones que se contraponen.

## BIBLIOGRAFÍA:

- ÁLVAREZ DEL RÍO, Asunción, *Práctica y ética de la eutanasia*, México D.F., Fondo de Cultura Económica, 2005.
- ÁLVAREZ GÁLVEZ, Íñigo, *La eutanasia voluntaria autónoma*, Madrid, Editorial Dykinson S.L., 2002.
- AUMONIER, Nicolás, *La eutanasia*, Barcelona, Davinci Continental, 2009.
- BLÁZQUEZ, Niceto, *Bioética y biotanasia*, Madrid, Visión libros, 2010.
- BOLADERAS I CUCURELLA, Margarita, *El derecho a no sufrir: argumentos para la legalización de la eutanasia*, Barcelona, Editorial los libros del lince, 2009.
- BONETE PERALES, Enrique, *¿Libres para morir?: en torno a la tánato-ética*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 2004.
- CANO VALLE, Fernando, *et al, Eutanasia. Aspectos jurídicos, filosóficos, médicos y religiosos*, México D.F., Universidad Nacional Autónoma de México, 2005.
- CARPIZO, Jorge, *Derechos humanos, aborto y eutanasia*, Instituto de Investigaciones Jurídicas de la U.N.A.M., México D.F., 2008.
- CEREIJIDO, Marcelino; BLANCK-CEREIJIDO, Fanny, *La muerte y sus ventajas*, México D.F., Fondo de Cultura Económica, 2012.
- EUTHANASIA EXAMINED: ETHICAL, CLINICAL AND LEGAL PERSPECTIVES, traducción, *Eutanasia examinada: perspectivas éticas, clínicas y legales*, México D.F., Fondo de Cultura Económica, 2004.
- GARCÍA COLORADO, Gabriel, *Bioética y muerte: aspectos sociales y éticos*, México D.F., Editorial Trillas, 2008.
- GHERARDI, Carlos R., *Vida y muerte en terapia intensiva: estrategias para conocer y participar en las decisiones*, Buenos Aires, Argentina, Biblios, 2007.
- GONZÁLEZ DE LA VEGA, Francisco, *Derecho Penal Mexicano los Delitos*, México D.F., Editorial Porrúa S.A., 1998.

- GONZÁLEZ QUINTANILLA, José Arturo, *Derecho penal mexicano*, México D.F., Editorial Porrúa S.A., 2009.
- GÓMEZ TOMILLO, Manuel, *Aspectos médicos y jurídicos del dolor, la enfermedad terminal y la eutanasia*, Madrid, Fundación Lilly: Unión Editorial, 2008.
- KRAUSS, Arnoldo, *Cuando la muerte se aproxima*, Oaxaca de Juárez, Oax., Almadía, 2011.
- LASANTA, Pedro Jesús, *La eutanasia: ¿es buena muerte?*, Logrono, Editorial Horizonte, 2006.
- LEÓN-CASTRO ALONSO, José, *Derecho a la vida ¿hacia una muerte digna? : Breves reflexiones en torno a la ley andaluza sobre derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de la muerte*, Barcelona, Bosch, 2012.
- LÓPEZ BETANCOURT, Eduardo, *La pena de muerte*, México D.F., Porrúa S.A., 2009.
- MARCOS DEL CANO, Ana María, *La eutanasia, estudio filosófico-jurídico*, Madrid, Marcial Pons Ediciones Jurídicas y Sociales S.A., 1999.
- MERCHÁN PRICE, Jorge, *Ética médica: abusos y atropellos eutanasia –aborto-pacientes al margen de la ley*, Bogotá, Ediciones de la U, 2012.
- MORENO, Antonio de P., *Derecho Penal Mexicano*, México D.F., Editorial Porrúa S.A., 1968.
- PÉREZ GALLARDO, Leonardo B., *La regulación jurídica de la muerte en Iberoamérica con particular referencia al Derecho Cubano*, México D.F., Editorial UBIJUS, 2009.
- PÉREZ LUÑO, Antonio Enrique, *Los derechos fundamentales*, 3ª edición, Editorial Tecnos, Madrid, 1988.
- PÉREZ SÁNCHEZ, Elías, *La muerte digna: 10 reflexiones sobre la eutanasia*, Coruña, Espiral Maior, 2007.
- PÉREZ VARELA, Víctor Manuel, *Eutanasia ¿Piedad? ¿Delito?*, México D.F., Coedición Universidad Iberoamericana/Editorial Limusa S.A. de C.V., 2003.
- PINEDA ARREDONDO, María Guadalupe, *Hacia una legislación de la eutanasia*, Morelia, Mich., Universidad Michoacana de San Nicolás Hidalgo, 2009.
- PLATÓN, *La República*, México D.F., Editores Unidos Mexicanos S.A., 2013.

- PUERTA LÓPEZ-COZAR, José Luis, *La pendiente resbaladiza en las decisiones médicas concernientes a la eutanasia*, Madrid, Editorial Nóesis, 1995.
- RECUERO, José Ramón, *La eutanasia en la encrucijada: el sentido de la vida y de la muerte*, Madrid, Biblioteca Nueva, 2004.
- RIVAYA, Benjamín, *Eutanasia y cina*, Valencia, Tirant lo Blanch, 2008.
- RODRÍGUEZ-ARIAS VAILHEN, David, *Una muerte razonable: testamento vital y eutanasia*, Bilbao, Desclée de Brouwer, 2005.
- SÁNCHEZ BARROSO, José Antonio, *Voluntad anticipada*, México D.F., Editorial Porrúa S.A., 2012.
- SÁNCHEZ GONZÁLEZ, Miguel, *Calidad de vida en enfermos terminales y eutanasia*, Madrid, Editorial Noesis, 1995.
- SCHMIDT, Ulf, *Karl Brandt: the Nazi doctor*, London, Hambledon Continuum, 2008.
- SERRANO RUIZ-CALDERÓN, José Miguel, *La eutanasia*, Madrid, Ediciones Internacionales Universitarias, 2007.
- SOBERÓN ACEVEDO, Guillermo, *Muerte digna: una oportunidad real*, México D.F., Comisión Nacional de Bioética: Secretaría de Salud, 2008.
- SOTELO SALGADO, Cipriano, *La legalización de la eutanasia*, México D.F., Cárdenas Velasco Editores S.A. de C.V., 2004.
- TEJEDA DE LUNA, Ricardo, *La despenalización de la eutanasia en México*, México D.F., Editorial Sista, 2011.
- VILA-CORO BARRACHINA, María Dolores, *La bioética en la encrucijada: sexualidad, aborto, eutanasia*, Madrid, Colección Dykinson, 2007.

## LEGISLACIÓN:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Constitución Política del Estado de Jalisco

Código Civil para el Distrito Federal

Código Civil Federal

Código Penal Federal

Código Penal para el Distrito Federal

Código Penal del Estado de México

Ley General de Salud

Ley General de los Derechos de las Personas en Estado Terminal

Ley General de Suspensión de Tratamiento Curativo

## PÁGINAS WEB:

[www.aldf.gob.mx](http://www.aldf.gob.mx):

- VI Legislatura. *Propone eutanasia como derecho en el Distrito Federal*. 2014.

[www.elpais.com](http://www.elpais.com):

- Periódico El País, Rey, Fernando, *El derecho a morir con ayuda médica*, Sección Opinión, Ediciones El País S.L., España, 20 de marzo de 2015.
- Periódico El País, *Sedación, un paso más*, Sección Opinión, Ediciones El País S.L., España, 23 de marzo de 2015.

[www.elholocausto.net/parte03/experimentos.htm](http://www.elholocausto.net/parte03/experimentos.htm):

- Historia virtual del holocausto: el genocidio nazi contra la población judía europea entre 1933 y 1945. Los médicos y sus experimentos. 2014.

[www.elmundo.es](http://www.elmundo.es):

- Periódico El Mundo, Hernández Velasco, Irene corresponsal en París, *Francia sedará y no alimentará a los enfermos terminales que lo pidan*, Sección Internacional, España, 18 de marzo de 2015.

[www.eluniversal.com.mx](http://www.eluniversal.com.mx):

- Estados, *Congelan proyecto de ley de muerte asistida en Jalisco*, 2015.

[www.juridicas.unam.mx](http://www.juridicas.unam.mx):

- CHÁVEZ ASCENCIO, Manuel F., *La capacidad jurídica*, México D.F., Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. 2004.
- HERRERA OCEGUEDA, José Rubén, *La necesidad de legalizar la eutanasia en México (Un estudio a la luz de los derechos universales del hombre)*, México D.F., Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. 2004.
- PÉREZ FERNÁNDEZ DEL CASTILLO, Bernardo, *La forma en los actos jurídicos y en los contratos*, México D.F., Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. 1988.

[www.scc-csc.lexum.com](http://www.scc-csc.lexum.com):

JUDGMENTS OF THE SUPREME COURT OF CANA, 06 de febrero de 2015.

## PUBLICACIONES PERIÓDICAS:

Diario Oficial de la Federación:

- 30 de septiembre de 1999.
- 19 de diciembre de 2014.

El Huffington Post, España, 17 de marzo de 2015.

Milenio Diario, 27 de septiembre de 2003.

Suprema Corte de Justicia de la Nación:

- Compromiso, Órgano Informativo del Poder Judicial de la Federación, Suprema Corte de Justicia de la Nación, Año 12/No. 149-noviembre de 2013.
- Semanario Judicial de la Federación, Sexta Época, Volumen XIV.

## DICCIONARIOS:

Larousse, Diccionario Enciclopédico, México D.F, 2000.

Larousse, Diccionario Pocket, México D.F., 1995.

PIMENTEL ÁLVAREZ, Julio, *Diccionario latín-español español-latín*, México D.F., Editorial Porrúa S.A., 2009.

QUIJADA SOTO, Rodrigo Eleodoro, *Latín práctico para abogados*, México D.F., Editorial Trillas, 2009.