



**UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS  
Y SOCIALES**

La muerte tiene permiso: la eutanasia en México.

Reportaje sobre la ausencia del debate y discusión en lo jurídico, legislativo y social para legalizar, despenalizar y regular la eutanasia y el suicidio asistido entre los años 2005 y 2017.

T E S I S

Que para obtener el Título de  
Licenciada en Ciencias de la Comunicación

PRESENTA:

Montserrat Galván Martínez

DIRECTOR DE TESIS:

Doctor Felipe Neri López Veneroni

Ciudad Universitaria, CDMX, junio 2018



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**

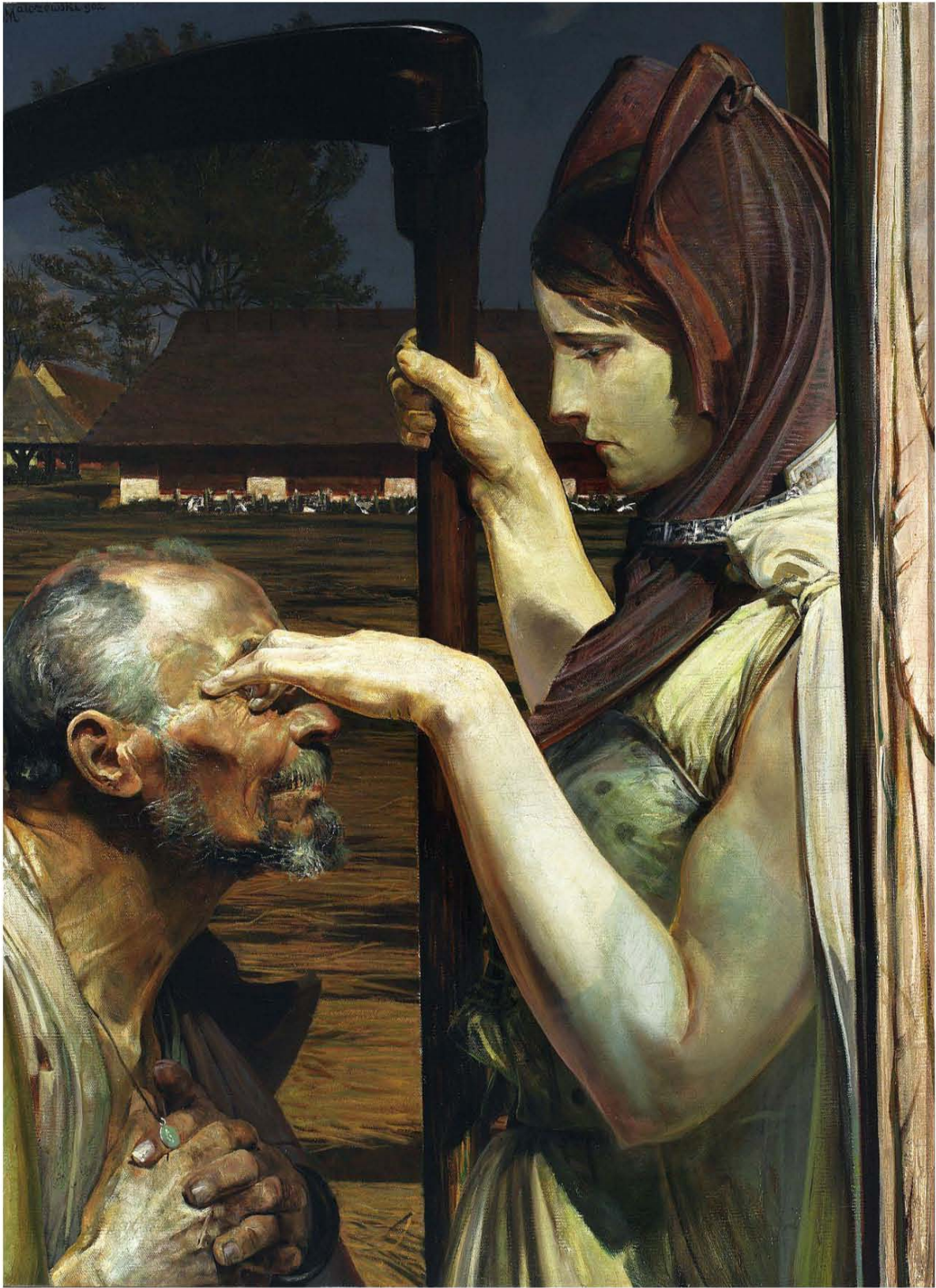


**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

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

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

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



**Papá: ¡Lo hicimos! ¡Llegamos a la meta!  
Esta tesis es por ti, para ti y es en tu honor.  
Gracias por todo lo que me enseñaste.  
Gracias por todo el amor que me diste.  
Por ser mi compañero.  
Mi mejor amigo.  
Mi cómplice.  
Mi fan número 1.  
Él que siempre me impulsaba a hacer las cosas.  
Él que me escuchaba y siempre me daba un consejo.  
Por todos los esfuerzos y sacrificios que hiciste por mí.  
Por siempre estar ahí, aunque a veces yo no te veía.  
Por todos los momentos que compartimos juntos.  
Por lo orgulloso que te sentías de mí.  
Por todas las veces que me abrazaste cuando estaba triste.  
Por todas las risas y alegrías que vivimos.  
Por creer en mí cuando nadie más creía.  
Por acompañarme en los momentos de más adversidad.  
Porque me dijiste que fuera una cabrona.  
Por toda la sabiduría que me transmitiste.  
Gracias por todo papá.  
No me vas a ver perdedora.**

## Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por ser mi alma mater, por haberme dado la oportunidad de estudiar y adoptarme como su hija, dándome las herramientas para convertirme en la profesional que ahora soy. Por los maravillosos años que viví en sus instalaciones, las experiencias que adquirí, los amigos que obtuve. Te debo tanto UNAM.

A mi asesor de tesis, el maestro Felipe López Veneroni, por la paciencia para guiarme en este trabajo y acompañarme durante todo el proceso. No tengo más que gratitud, lealtad, admiración y respeto infinitos.

A mi mamá, mi abuelita y mis hermanos, por la paciencia que tuvieron para ver este trabajo concluido. Por todo el apoyo que me brindaron.

A Miriam, Lucie y a Daniel, porque no tengo palabras para agradecerles todo lo que hicieron por mí durante el tiempo que realice este trabajo, por escucharme, por animarme a terminar cuando no veía la salida, por siempre darme un consejo cuando más lo necesite, por siempre estar ahí para mí.

# Índice

Introducción.....	6
Capítulo 1	
1.1 ¿Qué significa para ustedes dignidad?.....	12
1.2 Eutanasia no es sinónimo de matar .....	15
1.3 México y la eutanasia .....	21
1.4 La eutanasia en el Congreso .....	24
1.5 2007, el año con más propuestas.....	28
1.6 La voluntad de elegir morir.....	46
1.7 La voluntad anticipada en otros estados.....	49
1.8 Morir en el mundo.....	52
1.8.1 Canadá.....	54
1.8.2 Australia.....	57
1.8.3 Holanda.....	58
1.8.4 Suiza.....	59
1.8.5 Francia.....	60
1.8.6 Alemania.....	61
1.8.7 Reino Unido.....	61
1.8.8 Noruega.....	62
1.8.9 Dinamarca.....	62
Capítulo 2	
2.1 Morir en México.....	63
2.2 Morir lento le cuesta al Estado.....	67
2.3 México, el país 42 para morir.....	68
2.4 ¿Qué son los cuidados paliativos?.....	70
2.5 México y los cuidados paliativos.....	74
2.6 Llegar a más enfermos.....	76
2.7 Cuidados paliativos en los estados.....	77
2.8 Impulsar los cuidados paliativos y el derecho a muerte digna.....	79
2.9 La eutanasia y la bioética .....	82
Capítulo 3	
3.1 Morir ante la sociedad: el debate moral, social y religioso.....	86
3.2 La muerte ante los ojos de Yahvé.....	88
3.3 La muerte ante los ojos de Alá.....	93
3.4 La muerte ante los ojos de Jesús.....	95
3.5 La muerte ante los ojos de la Iglesia Católica.....	98
3.6 Voces a favor de la eutanasia.....	101
3.7 Legislar a favor de la muerte.....	109
3.8 Litigios Estratégicos.....	112
Conclusiones.....	117
Bibliografía, Hemerografía y fuentes consultadas.....	120

# Introducción

Como parte de la formación universitaria en la carrera de Ciencias de la Comunicación impartida en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México se enseña el uso del método científico para la investigación en ciencias sociales (de donde esta carrera tiene su origen); así como el aprendizaje, teoría y práctica de los géneros periodísticos, como parte de las materias que conforman el estudio de la comunicación.

El investigador y sociólogo Raúl Rojas Soriano señala que la investigación científica es un proceso que tiene como finalidad lograr un conocimiento objetivo sobre determinados aspectos de la realidad al igual que se busca resolver interrogantes a nuevos planteamientos<sup>1</sup>.

El mismo Rojas Soriano compara a un periodista como un investigador, ya que éste durante el proceso de investigación, va logrando comprobar o no hipótesis a través de la búsqueda de información por diferentes medios.

El presente trabajo es una mezcla de ambos elementos en donde se conjugó tanto el rigor académico de una investigación como diferentes técnicas para la creación de un reportaje profundo y contextualizado sobre un tema relevante para la sociedad como es la eutanasia y el suicidio médico asistido en México.

Al igual que un trabajo académico, se establecieron los lineamientos generales a seguir como lo fueron plantear un problema a indagar (en este caso la ausencia y sus causas de un debate sobre este tema en nuestro país) y las hipótesis correspondientes a dicho planteamiento.

“La muerte tiene permiso: la eutanasia en México” busca mostrar al lector la situación y el estatus en los que se encuentra tanto esta práctica, así como el suicidio médico asistido, pero por tratarse de tópicos tan complejos y que pueden ser analizados bajo la óptica de muchas aristas se delimitó en tres grandes áreas

---

<sup>1</sup> Rojas Soriano Raúl, “Métodos para la investigación social. Una proposición dialéctica”, México, Editorial Plaza y Valdés, 1983.

que son la jurídica, la médica y la opinión de los diferentes sectores de la sociedad.

Gracias a que el reportaje puede extenderse todo lo necesario sin tener un límite determinado de páginas o de espacio, esto permite al lector conocer a fondo y de manera detallada las causas, antecedentes, comparaciones, ejemplos y el contexto sobre un determinado tema de interés social<sup>2</sup>.

Al ser el reportaje el rey de los géneros periodísticos, éste representa una investigación que responde el porqué y para qué de una situación social en particular.

Este texto se define también como de periodismo especializado, que como Javier Fernández del Moral señala, posee una estructura informativa que analiza la realidad de una área determinada de la actualidad (en este caso la eutanasia) a través de las distintas especialidades del saber (como en este caso son la parte jurídica, médica, social y religiosa), que ofrece un contexto global al lector y elabora un mensaje periodístico a la audiencia atendiendo sus intereses y necesidades.

El periodismo especializado se define por oponerse al periodismo generalista, es decir al del día a día; y en donde se toma en cuenta una dimensión profesional en donde no importa tanto la especialización del periodista sino el enfoque que utiliza para plasmar su conocimiento.

“La muerte tiene permiso” llega a cumplir con la descripción emitida por Fernández del Moral, ya que a lo largo de las páginas que conforman esta tesis se encuentra la inclusión de todas las partes implicadas así como sus puntos de vista.

Incluso dicho autor opina que el único camino para que los mensajes de los especialistas lleguen a la opinión pública es formar a nuevos profesionales capaces de transmitir estos mensajes en sus contextos pertinentes para conseguir la verdadera divulgación.

---

<sup>2</sup> Rojas Soriano Raúl, “Métodos para la investigación social. Una proposición dialéctica”, México, Editorial Plaza y Valdés, 1983.



En palabras de Fernández del Moral y de Francisco Esteve<sup>3</sup>, especializarse en periodismo significa renunciar a lo general para dedicarse a lo particular y de manera objetiva contrastar posiciones distintas.

“El periodista especializado coge los datos en bruto y lo cuenta adecuadamente conforme al nivel de conocimiento del lector... El periodista aporta información objetiva, cosa que no se le puede pedir a un especialista. El periodista sabe cuándo la información tiene sentido y, por tanto, debe ser publicada”<sup>4</sup>, señalan.

De acuerdo con Amparo Tuñón, algunos de los objetivos del periodismo especializado es que busca ampliar el concepto de “actualidad periodística” y rompe con la uniformidad informativa.

Otros de los objetivos que enlista la autora es que este tipo de periodismo posibilita el aumento de conocimientos sobre la complejidad global, organiza la información disponible para que el público se entere de lo qué está pasando y profundiza en la explicación de los fenómenos sociales para que a través de la información se explique la evolución de la sociedad, ya que una buena información especializada permite contextualizar la información y conocer a la sociedad.

“Sustituir la figura del colaborador experto por lo del periodista especializado, formando buenos periodistas especializados, podemos incluir a alguien que entiende los medios. Se dignifique el periodismo y no se convierta al experto en periodista. Los colaboradores expertos deberían tener una función complementaria, pero no protagonista. Este desplazamiento es una obligación del periodista especializado”, expone.

Tuñón enfatiza que el periodismo especializado consigue que la información eduque a la sociedad y amplíe su cultura haciendo el mensaje comprensible, con ello promueve el interés periodístico como una forma de incrementar la curiosidad

---

<sup>3</sup> Esteve Francisco y Fernández del Moral Javier, “Áreas de especialización periodística”, España, Editorial Fragua, 1998.

<sup>4</sup> El Periodismo Especializado: Sociedad de la Información como contexto del Periodismo Especializado.

por la sociedad en que vivimos y sirve como instrumento mediador entre especialistas y audiencias, haciendo que el mensaje sea más fácil de comprender

En cambio, la profesora Teresa Mercado explica que el periodismo especializado debe verse como un ejercicio profesional del periodista que informa sobre una determinada área del conocimiento.

Explica que el periodismo especializado surge de la aplicación minuciosa de la metodología periodística a los múltiples ámbitos temáticos que conforman la realidad social condicionada siempre por el medio de comunicación que se utilice como canal, para dar respuesta a los intereses y necesidades de las nuevas audiencias sectoriales<sup>5</sup>.

El periodismo especializado, en palabras de Mercado, se propone divulgar los conocimientos pertenecientes a un ámbito en particular, a partir de los procesos, técnicas, métodos y modos propios sin traicionar la especificidad de cada ámbito temático y que tengan el único objetivo de divulgar ciertos contenidos.

La autora también retoma lo dicho por Fernández del Moral y Esteve que el periodismo especializado surge para posibilitar que el periodismo penetre en el mundo de la especialización científica para lograr de cada especialidad algo comunicable periodísticamente.

Subraya la importancia de establecer dos niveles de especialización periodística en función de la propia naturaleza del objeto, dentro de los cuales pueden establecerse los distintos niveles de especialización del público o del lenguaje.

Un primer nivel sería la especialización periodística en ámbitos de la realidad que no requieren un alto grado de formación técnica por parte del periodista ni tampoco por parte del usuario. Un segundo nivel de especialización periodística estaría constituido por aquellos ámbitos que requieren un alto grado de formación técnica y metodología por parte de los profesionales y también de los usuarios,

---

<sup>5</sup> Mercado Sáez María Teresa, Aportaciones Teórica en torno al concepto de periodismo especializado, Universidad Cardenal Herrera.

dentro de los cuales también aparecen textos con distintos grados de profundidad según el medio en el que se difundan.

De acuerdo con las palabras del periodista Máximo Simpson<sup>6</sup>, el reportaje debe analizar los hechos sobre un acontecimiento en particular y su interrelación con el contexto social y político donde acontece, lo cual se realizó con este trabajo donde se retomó información de años anteriores que sirvieron como antecedentes y cómo el tema se fue desarrollando en las diferentes áreas que se citaron en párrafos anteriores.

El argentino adicionalmente señala que para la elaboración de una historia se desencadena no por la existencia de documentos o sucesos que deriven en su desarrollo, sino que todo parte de la elección, la delimitación y concepción del tema, que en este caso, la delimitación tiempo-espacio corresponde a los años 2005 a 2017, fechas de las que se tiene registro de la presentación de iniciativas de ley sobre eutanasia en el Congreso de la Unión así como la presión de organizaciones sociales para debatir dichas propuestas.

Otra definición de reportaje de la cual se puede valer para explicar este texto es la que ofrece Mario Rojas Avendaño quien señala que el reportaje es un género que contiene los siguientes elementos: 1.- representa una investigación (la cual se hizo para poder llevar a cabo este escrito), 2.- proporciona antecedentes, comparaciones y consecuencias (presentadas a través de la recopilación de información tanto jurídica, legislativa, médica, entrevistas y encuestas), 3.- se refiere a una situación general de carácter social que parte de un hecho particular (desde la presentación de iniciativas para legalizar, regular y despenalizar la eutanasia en México y su respectivo debate y reacciones sociales, hasta casos emblemáticos de personajes internacionales que pidieron tener derecho a una muerte digna), 4.- incluye análisis e interpretaciones (lo cual sucede en todo el texto para explicar los sucesos pasados y brindar una cronología detallada de los

---

<sup>6</sup> Simpson, Máximo. "Reportaje, objetividad y crítica social (el presente como historia)", en Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales. Núms. 86 y 87, México, FCPyS, UNAM, Año XXIII, Nueva Época, octubre 1976, marzo 1977. P 143- 150.

hechos) y 5.- establece conclusiones (las cuales se encuentran hasta el final del texto)<sup>7</sup>.

Rojas Avendaño también expone al reportaje como una tesis de algo que haya despertado la curiosidad pública, en donde a través de este género se satisface el deseo de recibir orientación mediante la profundización de los hechos.

En los tres capítulos que conforman este escrito se muestran diferentes elementos entrelazados para exponer la situación en la que se encuentra este tema en nuestro país y que sea el lector quien emita su opinión, juicio y criterio con los elementos presentados por tratarse de un tema de interés público.

A través de una revisión y búsqueda bibliográfica, hemerográfica y de páginas de Internet tanto nacionales, estatales e internacionales; utilizando toda la cantidad de información proveniente de notas informativas, entrevistas, fragmentos de videos y películas, declaraciones, comunicados y resultados de encuestas se obtuvieron elementos para hacer una reconstrucción de hechos sobre la problemática de un tema tan complejo, cómo este se ha ido desarrollando en nuestro país y mostrar la falta de acciones por parte del Poder Ejecutivo y Legislativo en la materia.

De igual forma, se hizo una ardua consulta de información en sitios web gubernamentales para obtener cifras oficiales de las principales instituciones relacionadas como son la Secretaría de Salud, la Comisión Nacional de Bioética, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía, por mencionar a las más importantes.

El capítulo I inicia exponiendo las historias de Ramón Sampedro y de Brittany Maynard, casos emblemáticos de personas que lucharon a favor de una muerte digna cada uno con diferentes historias que lograron captar la atención a nivel mundial.

---

<sup>7</sup> Rojas Avendaño Mario, "El Reportaje Moderno" en Antología, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM, 1976 páginas 13

Después se presenta una explicación sobre el término de eutanasia y suicidio médico asistido y cómo es que ambos conceptos se encuentran o no establecidos en las diferentes leyes y códigos de nuestro país tanto a nivel federal como estatal.

En la parte jurídica para la redacción de este reportaje se tomó en cuenta las leyes actuales que prohíben la eutanasia y suicidio médico asistido para lo cual se consultó el Código Penal Federal y códigos penales estatales. Se revisó también la Ley General de Salud para consultar cómo se encuentra establecida la eutanasia, acción que de manera paralela se hizo con la Ley de Voluntad Anticipada del Distrito Federal y de las 12 entidades que tienen avalado este trámite.

Como parte del texto, se hace un recuento de las diferentes iniciativas de ley que se han presentado tanto en el congreso federal como estatal desde 2005, fecha que se tiene registro de la primera iniciativa presentada sobre este tema, hasta 2017 que fue la última.

De igual forma, se explica la diferencia entre eutanasia y voluntad anticipada, la aprobación de ésta en la Ciudad de México y cómo lo anterior derivó para que 12 entidades más replicaran el ejercicio hecho por el gobierno capitalino.

Para cerrar este capítulo, se hace una comparación de la legislación mexicana y de otras naciones en donde la tienen avalada como son Holanda, Suiza o Canadá; o algunas donde sólo está permitida la voluntad anticipada como es el caso de Francia.

El capítulo II detalla las principales causas de muerte en México, haciendo una comparación de las principales enfermedades que aquejaron a los mexicanos en 2007 y en 2017.

Para profundizar un poco más sobre temas de sanidad y salubridad, se describe cómo se encuentra el sistema de salud respecto a los enfermos terminales y cuánto le cuesta económicamente al Estado atender las principales enfermedades crónico-degenerativas.

Se expone qué son los cuidados paliativos y cómo estos se encuentran constituidos dentro del sector salud tanto a nivel nacional como estatal, y las acciones emprendidas por organizaciones civiles para que se dé un mayor impulso a este tipo de cuidados hacia los enfermos terminales.

Como parte de las conclusiones del Capítulo II, se cierra con el debate de la eutanasia y la bioética y cómo es que ésta se encuentra relacionada en el trato que el personal de salud debe tener hacia este tipo de pacientes y sus familias.

Parte fundamental para este texto fue la realización de entrevistas con diferentes actores sociales y especialistas en la materia que se encuentran tanto a favor como en contra, las cuales se presentan en el capítulo III.

Se realizó una entrevista de profundidad con la doctora Asunción Álvarez del Río, especialista en eutanasia y temas de bioética, quien fue un pilar fundamental para entender la diferencia del término de eutanasia, suicidio médico asistido y voluntad anticipada; la importancia de respetar la decisión del enfermo y de su familia respecto a su cercanía frente a la muerte; así como seguir en la lucha para abogar a favor de una muerte digna para miles de enfermos terminales que sufren la agonía de sus propias enfermedades.

Este ejercicio se replicó con el ex legislador federal del Partido de la Revolución Democrática (PRD), Fernando Belaunzarán, quien desde su punto de vista como ex diputado expone la falta de consenso y de interés de parte de los legisladores y de los partidos políticos para pronunciarse sobre este tema; la presión que existe por parte de la Iglesia Católica y otras religiones para suprimir esta discusión y el miedo al costo político-electoral de las principales fuerzas políticas sobre cuestiones que son consideradas como tabú.

También se cuestionó a Mohamed Al-Meksiki, director general del Centro Musulmán Salafi de la Ciudad de México perteneciente a la religión musulmana y al pastor cristiano Benjamín Lomelí, líder de la Iglesia “El Buen Pastor”, sus puntos de vista como líderes religiosos sobre su postura sobre esta práctica y porqué ante los ojos de Dios es que está prohibida.

De igual forma, se presentan resultados de encuestas realizadas por empresas como Parametría, Grupo Mitofsky, María de las Heras y BGC Ulises Beltrán y Asociados, las cuales muestran un resultado dividido sobre la opinión que tienen los mexicanos sobre la eutanasia, ya que en algunos casos avalan que se practique pero sólo bajo ciertas circunstancias.

# Capítulo 1

- "La muerte es un castigo para algunos, para otros un regalo, y para muchos un favor". -Séneca (4 a.C- 65 d.C), filósofo, político, orador y escritor romano

## 1.1 ¿Qué significa para ustedes dignidad?

“Señores jueces, autoridades políticas y religiosas ¿Qué significa para ustedes dignidad? Sea cual sea la respuesta de sus conciencias, sepan que para mí, esto, no es vivir dignamente...yo hubiera querido al menos, morir dignamente. Hoy, cansado de la desidia institucional, me veo obligado a hacerlo a escondidas, como un criminal”.

Firme en su respuesta, así lo señala Ramón Sampedro, cuadripléjico de 55 años, quien frente a una cámara de video, graba sus últimas palabras antes de “suicidarse”, esto según la recreación de sus últimos momentos retratados en la película “Mar Adentro”, protagonizada por Javier Bardem en 2004.

“Deben ustedes saber el proceso que conducirá mi muerte, fue escrupulosamente dividido en pequeñas acciones que no constituyen un delito en sí mismas, y que han sido llevadas a cabo por diferentes manos amigas... Si aun así, el Estado insiste en castigar a mis benefactores, yo les aconsejo que les sean cortadas las manos, porque eso es lo único que aportaron. La cabeza, es decir, la conciencia, la puse yo”.

Tras 28 años, este marinero y escritor emprendió una batalla legal contra las diferentes administraciones estatales españolas para que le autorizaran quitarse la vida y que la persona o personas que le auxiliasen no fueran encarceladas, sin embargo nunca obtuvo éxito.



El caso de Sampedro es famoso a nivel mundial y refleja el problema al que se enfrentan miles de enfermos terminales: el rechazo de los gobiernos, y en algunos casos de la sociedad, de tener una muerte digna a través de la eutanasia y el suicidio médico asistido.

### **“Elijo morir con dignidad”**

Otro caso que logró captar la atención no sólo de Estados Unidos, sino también a nivel mundial, fue el de Brittany Maynard.

Esta maestra de 29 años, originaria de California eligió de manera valiente terminar con su vida en noviembre de 2014, abriendo nuevamente el debate sobre legislar la opción a enfermos terminales o con padecimientos crónico-degenerativos para que puedan tomar la decisión de interrumpir sus tratamientos médicos, así como la decisión de una muerte asistida.

La historia de Maynard se remonta tras dos años de visitas a diferentes médicos por intensos dolores de cabeza sin dar un diagnóstico acertado; hasta que en enero de 2014, el mismo año de su muerte, se le informó que padecía astrocitoma de grado 2, una forma de cáncer cerebral incurable, inoperable y muy agresivo.

Tras descubrir el desolador panorama, la profesora inició un proceso de reflexión si seguir con los tratamientos para alargar su vida o pasar el tiempo que le restaba rodeada de sus seres queridos pero sin tener tantos sufrimientos.

Al final, Maynard decidió compartir su historia a través de una carta publicada en el periódico Elite Daily para que la gente comprendiera su derecho a morir sin dolor.

“Cuando descubrí que tenía tan poco tiempo, mi primer pensamiento fue acerca de todo lo que necesitaba decirle a mi familia y amigos. Inmediatamente quise

decirles cuánto los amo. Mi diagnóstico también reafirmó mi filosofía sobre cómo quiero vivir mi vida: valorando a las personas, no a las cosas”, relata<sup>8</sup>.

A través del documento, la maestra expuso que tomar la decisión de la muerte asistida no sólo lo hacía para salvarse “de su destino”, sino de evitar que su familia viviera con la memoria de su deterioración por el resto de sus vidas.

Britanny tuvo que cambiar su residencia de California a Oregon, estado en donde se permite recibir la muerte asistida a través de medicamentos que permiten terminar con la vida de quien lo solicite.

El caso de Maynard reitera la necesidad de reconocer y aceptar la capacidad de cada persona de decidir acerca de su futuro médico y su muerte, sea a través de la eutanasia, el suicidio médicamente asistido o la voluntad anticipada.

Si bien la eutanasia se practica desde los griegos, el debate que envuelve a este ejercicio libra una batalla en muchos frentes desde aspectos jurídicos, médicos, éticos y religiosos.

Actualmente, naciones como Holanda, Bélgica o Suiza tienen permitido dentro de sus marcos jurídicos la aplicación de esta acción en sus esquemas de salud, aunque en otros países lo llevan a cabo pero con ciertas reservas.

El debate central de la eutanasia pone a discusión los límites del Estado y de cuestiones éticas y religiosas que se pueden interponer sobre una decisión estrictamente personal, única y privada.

México no es ajeno a ese debate. Aunque desde aproximadamente hace 20 años comenzó con las primeras pláticas para intentar regularla, sigue siendo un tema tabú para la mayoría de la sociedad, y que pese a los intentos de activistas y legisladores por debatirlo, sigue sin avanzar y sin regularse.

En enero de 2017 nuevamente se abrió esta discusión durante la redacción de la Constitución Política de la Ciudad de México, en donde la Asamblea Constituyente

---

<sup>8</sup> Candela Duato, “Mi nombre es Brittany Maynard y elijo morir con dignidad”, Consultado en la página <http://www.upsocl.com/mujer/mi-nombre-es-brittany-maynard-y-elijo-morir-con-dignidad/>

aprobó el derecho a una vida y muerte digna la cual se plasmó en el Capítulo II “De los Derechos Humanos” en el artículo 6 denominado “Ciudad de libertades y derechos” apartado A incisos 1 y 2<sup>o</sup>.

“Toda persona tiene derecho a la autodeterminación y al libre desarrollo de una personalidad... este derecho humano fundamental deberá posibilitar que todas las personas puedan ejercer plenamente sus capacidades para vivir con dignidad. La vida digna contiene implícitamente el derecho a una muerte digna”, se detalla.

La propuesta, hecha por el diputado del PRD Jesús Ortega, establecía el derecho a la autodeterminación y al libre desarrollo de la personalidad<sup>10</sup> por lo que el gobierno capitalino debe posibilitar que todas las personas puedan ejercer plenamente sus capacidades para vivir con dignidad, y con lo anterior, tener una muerte de la misma forma. La propuesta fue avalada y causó mucha controversia en diferentes sectores de la sociedad.

Pero ésta no es la primera, ni la última vez, que se discute este tema.

## **1.2 Eutanasia no es sinónimo de matar**

Para muchos la palabra eutanasia está asociada con una muerte digna que evita sufrimientos innecesarios al paciente; para otros, significa matar a una persona enferma que no lo ha solicitado. Aunque existen diferentes percepciones y visiones entre el imaginario de la sociedad, lo anterior no se acerca a una definición más precisa.

Su derivación etimológica, que proviene del griego, la refiere como “buena muerte” pero dicho concepto varía en la interpretación de cada visión y dependiendo su conveniencia.

---

<sup>9</sup> Constitución Política de la Ciudad de México, Ciudad de México; Administración Pública de la Ciudad de México, 2017; Capítulo II, artículo 6, apartado A, incisos 1-2

<sup>10</sup> Sebastián Barragán, “Constituyente aprueba derecho a ‘muerte digna’ para la CDMX” para el portal de Aristegui Noticias. Consultado en la página <http://aristeguinoticias.com/0401/mexico/constituyente-aprueba-derecho-a-muerte-digna-para-la-cdmx/>

Para tratar de hacerlo más comprensible, en 1950 el término se dividió en dos partes: una activa y una pasiva.

La activa se aplicaba en caso de que el paciente, en pleno estado de conciencia y en uso de sus facultades, podía decidir si deseaba continuar o no con el tratamiento médico para seguir o no con vida.

Mientras que la parte pasiva consistía en que el paciente se le dejaran de suministrar fármacos o el retiro de aparatos para mantenerlo con vida.

Ambos términos posteriormente servirían para definir otro que si bien no es eutanasia, se acerca para tratar de llegar a ella: la voluntad anticipada.

En México no existe un término exacto para definirla y se siguen usando conceptos incorrectos. Ninguna autoridad médica ni de salubridad se ha atrevido a tratar de explicarla, ni siquiera la Comisión Nacional de Bioética tiene una definición precisa, quien es la autoridad encargada de definir este tipo de temas complejos.

En una búsqueda realizada entre los diferentes sitios web de gobierno de autoridades locales y federales, así como diversas leyes, se encontró algunas breves definiciones en los códigos locales de los estados de Yucatán, Hidalgo y Morelos.

Una aproximación “cercana” se establece en la Ley de Voluntad Anticipada de Yucatán<sup>11</sup> en donde eutanasia es entendida como cualquier acto de omisión realizado por personal médico que ocasione la muerte sin dolor de cualquier ser humano.

Lo mismo sucede con el término de homicidio piadoso, el cual se puede encontrar en el Código Penal de Hidalgo<sup>12</sup>, el cual lo explica como la muerte de una persona

---

<sup>11</sup> Ley de Voluntad Anticipada del Estado de Yucatán, Yucatán, Congreso de Yucatán, 2016, Artículo 4.

<sup>12</sup> Código Penal para el Estado de Hidalgo, Hidalgo, Gobierno del Estado de Hidalgo, última reforma 2017, Libro Segundo Título Primero, Capítulo 1, artículo 139.

solicitada a través de súplicas de la víctima ante toda inutilidad de auxilio para poder salvar su vida.

Mientras que para el suicidio asistido, éste se puede leer en el Código Penal del estado de Morelos<sup>13</sup> mismo que lo expone como aquel en donde una persona coopera con el suicidio de otra persona, ya sea quien aporte los elementos o quien realice cualquier acción para terminar con la vida de otra persona.

“A quien preste ayuda a la persona que se suicida, para este propósito, fuera de los casos previstos en el párrafo anterior, se le aplicará hasta una tercera parte de la sanción establecida en el párrafo anterior”, se detalla.

En tanto, la Ley General de Salud<sup>14</sup> en el apartado Octavo Bis sobre los cuidados paliativos especifica en el artículo 166 Bis 21, que queda prohibida la práctica de la eutanasia, la cual es entendida como homicidio por piedad así como el suicidio asistido, pero no da una definición más detallada o en qué consiste esta práctica y por qué está prohibida en nuestro país.

Esta misma ley brinda algunas otras definiciones como la de enfermedad terminal, enfermo en situación terminal, obstinación terapéutica, tratamiento al dolor y muerte natural.

Y también agrega los derechos a los que tiene acceso el enfermo en situación terminal, así como las facultades y obligaciones tanto de las instituciones de salud como de los médicos y del personal sanitario.

La única autoridad a nivel federal que se ha tratado de involucrar en esta temática, es la Comisión Nacional de Bioética ya que en su página de internet se encuentra un apartado de temas de interés relacionados al buen morir.

---

<sup>13</sup> Código Penal para el Estado de Morelos, Morelos, Consejería Jurídica del Poder Ejecutivo del Estado de Morelos, última reforma 2017, Capítulos 112 -114

<sup>14</sup> Ley General de Salud, México, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, última reforma 2017, Título Octavo Bis, artículo 166 Bis 21.

Pero sólo menciona la importancia de debatir la eutanasia como un tema personal y otro colectivo; no precisa una definición sobre dicha acción y cita ejemplos con links de notas periodísticas de casos sucedidos en Argentina.

Como parte de un apartado especial, el cual es nombrado como “Dilemas éticos al final de la vida” se desglosa diversos puntos con tres diferentes títulos: Voluntad antes del final, complejidades de la asistencia al final de la vida, Cuestiones bioéticas entorno a la muerte y ¿Bioética y eutanasia?<sup>15</sup>

En este último punto, el órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud desde 1992, explica que si bien la eutanasia ha acompañado a la humanidad bajo distintas determinantes históricas el debate actual se intensifica por diversos factores que inciden en la sociedad y que requieren más información ética, científica normativa y tecnológica para poder abordar el debate.

Señala que en aspectos como lo individual cualquier persona debe reflexionar algunas cuestiones: si se está preparado para la muerte, si se tiene el derecho a decidir en qué momento y las circunstancias médicas para terminar con nuestra vida o de incidir a terminar la vida de otros.

Una de las preguntas que hace el organismo es cómo somos responsable ante la muerte, cómo debería de ser la relación médico-paciente ante un escenario de muerte digna, si se tiene el derecho de decidir a no sentir dolor y sufrimiento producto de enfermedades incurables, o bien, negarnos a las transgresiones terapéuticas, la aplicación de los cuidados paliativos y la voluntad anticipada.

También si puede decidirse ante una enfermedad incurable o bien de mucho dolor y sufrimiento y que ello sea una causa para terminar con la vida de cualquier persona.

Otra idea fundamental que cuestiona la Comisión Nacional de Bioética es la preparación de las familias ante la llegada de la muerte.

---

<sup>15</sup> Comisión Nacional de Bioética, “Dilemas éticos al final de la vida”. Consultado en la página <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/temasdeinteres/temasdeinteres.html>

De manera colectiva, el organismo también pone en la mesa cuestiones como la evidencia científica que determina la muerte de una persona, cuál es el papel de la bioética respecto a la muerte digna y si con ello se resolverían problemas graves de Salud Pública, e incluso, si éste tipo de muerte podría concebirse como un derecho sanitario.

En relación al papel del Estado y la eutanasia, la Comisión infiere solo dos aspectos: cuál es la esencia del Estado Laico y si el Estado legisla para todas las concepciones de la vida que existen en una sociedad o bien, dispone una concepción moral particular y cuál es su papel sobre este asunto.

En palabras de la doctora Asunción Álvarez del Río, especialista de este tema en México, se puede entender y ubicar a la eutanasia como la acción que realiza el médico para producir la muerte de un paciente, sin dolor, y respondiendo a su petición para terminar con su sufrimiento intolerable.

En términos sencillos, la eutanasia es entendida como la acción en que un médico causa la muerte de un paciente que solicita su ayuda para morir. Sin embargo, la controversia comienza cuando el paciente no puede decidir por sí mismo.

De acuerdo con su libro “Práctica y ética de la eutanasia”<sup>16</sup>, algunos de los requisitos para que se pueda aplicar la eutanasia es que el paciente haya hecho la solicitud a su médico de manera voluntaria y sabiendo la situación de su enfermedad.

En tanto que el médico responsable debe haber consultado con otro la situación del paciente y ha proporcionado el máximo cuidado y esmero profesional hacia el enfermo.

La doctora en Psicología especifica que este término no se debe entender como dar al paciente tratamientos que no lo benefician en la condición de su

---

<sup>16</sup> Álvarez del Río, Asunción, “Práctica y ética de la eutanasia”, México, Fondo de Cultura Económico, 2005, páginas 23-42.

enfermedad, sedar al paciente para que no sienta los estragos de su misma enfermedad y encontrar la muerte en estado de sedación.

Pero ¿Qué pasa cuando el mismo paciente es quien quiere ejecutar su muerte y sólo pide al médico que le dé los medicamentos para hacerlo? En ese caso, estamos hablando de un suicidio médico asistido.

Éste se puede definir como la ayuda que da un médico a un paciente que desea morir, proporcionándole los medios para que sea él mismo, a través de una prescripción de barbitúricos, quien los administre por su propia cuenta y poner fin a su vida por sí mismo.

A groso modo, en la eutanasia el médico es quien ejecuta la acción para dar muerte al paciente, mientras que en el suicidio médico asistido es el paciente quien ejecuta la acción por sí mismo.

Algunos confunden eutanasia con voluntad anticipada pero son términos completamente diferentes.

El Gobierno de la Ciudad de México define a la Voluntad Anticipada, a través de la ley del mismo nombre, como la decisión que toma una persona de ser sometida o no, a tratamientos o procedimientos médicos que pretendan prolongar su vida cuando ésta se encuentre en etapa terminal, protegiendo en todo momento la dignidad del enfermo<sup>17</sup>.

“La Voluntad Anticipada favorece la atención paliativa y los cuidados al final de la vida, el énfasis está en el acompañamiento del paciente durante esta etapa de su vida. No prolonga ni acorta la vida respeta el momento natural de la muerte”, según señala la definición encontrada en la página de las autoridades capitalinas.

---

<sup>17</sup> Secretaría de Salud de la Ciudad de México Acciones, Voluntad Anticipada. Consultado en la página <http://www.salud.cdmx.gob.mx/actividades/voluntad-anticipada>



A su vez, la Ley de Voluntad Anticipada explica que dicho documento es un instrumento que se realiza ante Notario Público<sup>18</sup>, en el que una persona con capacidad de ejercicio y en pleno uso de sus facultades mentales, manifiesta la petición libre, consciente, seria, inequívoca y reiterada de ser sometida o no a medios de tratamiento específico disponible y pronóstico de vida inferior a seis meses.

Otros términos que podemos encontrar dentro de esa misma ley que pueden ayudar en un panorama mucho más amplio para entender la eutanasia son el de paciente en etapa terminal, el cual es definido como un paciente con diagnóstico de una enfermedad incurable progresiva y mortal a corto o mediano plazo; con escasa o nula respuesta a tratamiento específico disponible y pronóstico de vida inferior a seis meses.

Uno más es el de la ortotanasia, la cual busca aliviar el dolor del paciente y que llegue a muerte de manera natural. Algo completamente distinto a la esencia de la eutanasia.

### **1.3 México y la eutanasia**

En México, la eutanasia es ilegal. También el suicidio médico asistido. Ambos son considerados delitos desde 1931.

La discusión para despenalizar la eutanasia es relativamente reciente y no se tiene registro histórico de que se haya debatido o se intentado legislar hace poco más de 20 años en donde diferentes sectores de la sociedad han intentado obligar a los legisladores a poner este tema en la agenda nacional.

Actualmente, 19 estados mantienen a través de sus constituciones locales la protección de la vida desde su concepción (prohibiendo el aborto) hasta la muerte natural (castigando la eutanasia) mientras que 12 permiten la Voluntad Anticipada.

---

<sup>18</sup> Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, Asamblea Legislativa del Distrito Federal, última reforma publicada 2012, Capítulo Primero, Artículo 2, inciso III.

En un texto publicado en junio de 2015 por la revista *Nexos*, el exsecretario de Gobernación, Fernando Gómez Mont detalla en su artículo “II. Los parámetros legales de la muerte digna en México” que el auxilio al suicidio de cualquier tipo o índole está penado<sup>19</sup>.

También explica que en la mayoría de las legislaciones estatales se le castiga con una pena equivalente al homicidio simple, salvo que se trata de menores o personas con discapacidad mental, en cuyo caso se le sanciona como un homicidio agravado.

A nivel federal, la legislación es mucho más severa, pues establece que privar de la vida a otra persona, bajo la circunstancia que sea, se considera un homicidio con diversos grados de responsabilidad, lo cual se expone claramente en diferentes artículos del Código Penal Federal<sup>20</sup>.

Relacionado directamente al tema de eutanasia, el artículo 312 puntualiza que cualquiera que ayude o induzca a otra para que se suicide, será castigada con una pena de uno a cinco años de prisión. Pero en caso de que la persona sea quien ejecute la muerte de otro, el castigo será de cuatro a 12 años de prisión.

De igual forma, el artículo 320 señala que aquel que sea responsable de un homicidio calificado se le impondrá una condena de 30 a 60 años de cárcel.

A nivel local, el Código Penal del Distrito Federal<sup>21</sup> establece con más detalle el castigo para quienes ayuden a otro a morir, sea la razón que sea.

Esto se manifiesta en el artículo 127, que explica que aquella persona que prive de la vida a otro a petición expresa libre y reiterada, donde estén involucradas

---

<sup>19</sup> Fernando Gómez Mont “II. Los parámetros legales de la muerte digna en México”, *Nexos* 1 de junio 2015. Consultado en la página <http://www.nexos.com.mx/?p=25090>

<sup>20</sup> Código Penal Federal, México, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, última reforma 2017, Título Decimonoveno, Capítulo III Reglas comunes para lesiones y homicidio, Artículo 312.

<sup>21</sup> Código Penal para el Distrito Federal, Ciudad de México, Asamblea Legislativa del Distrito Federal, última reforma junio 2016, Libro Segundo, Capítulo I Homicidio, artículo 127.

razones humanitarias y que la víctima padezca alguna enfermedad incurable en fase terminal, se le pondrá prisión de dos a cinco años.

Mientras que el artículo 128 expone que quien cometa homicidio calificado se le castigará con 20 a 50 años de cárcel.

En tanto en la Ley General de Salud en el artículo 166 Bis 21<sup>22</sup> señala que queda prohibida la práctica de la eutanasia, la cual es entendida como homicidio por piedad así como el suicidio asistido conforme lo señala el Código Penal Federal.

También la Ley de Salud dice que se castigará, de acuerdo con lo establecido en los artículos 166 Bis 20 y 21, al personal médico que por decisión propia que deje de proporcionar los cuidados básicos y/o cualquier tratamiento o cuidado sin el consentimiento del enfermo y/o de su familia.

Diferentes códigos penales de diversos estados de la República en su gran parte tipifican el homicidio-suicidio con la misma penalidad que el Código Penal del Distrito Federal, por ejemplo en Guanajuato se da una pena de cinco años, mientras que en Jalisco y Tlaxcala va de tres días a 12 años según los motivos.

En Aguascalientes<sup>23</sup>, se aclara en su Código Penal que auxiliar a otra persona a suicidarse lo tipifica como homicidio calificado.

En Chiapas<sup>24</sup> sus normas jurídicas estipulan que matar bajo la razón que sea será castigado como homicidio simple con una pena de 10 a 20 años. En Zacatecas<sup>25</sup> la sanción es de cinco a 12 años.

---

<sup>22</sup> Ley General de Salud, México, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, última reforma 2017, Título Octavo Bis de los Cuidados Paliativos a los Enfermos en Situación Terminal; Capítulo IV De los Derechos, Facultades y Obligaciones de los Médicos y Personal Sanitario, artículo 166 Bis 21.

<sup>23</sup> Código Penal para el Estado de Aguascalientes, Aguascalientes, Congreso del Estado de Aguascalientes, última reforma junio de 2015, Libro Segundo, Título Primero Capítulo I, artículo 100.

<sup>24</sup> Código Penal para el Estado de Chiapas, Chiapas, Secretaría de Gobierno, última reforma agosto 2017, Libro Segundo, Título Primero, Capítulo I Homicidio, artículo 160-164.

<sup>25</sup> Código Penal para el Estado de Zacatecas, Zacatecas, Congreso del Estado de Zacatecas, última reforma junio 2016, Título Decimoséptimo, Capítulo II, Capítulos 293-299

El Código Penal para el Estado de México<sup>26</sup> señala en su artículo 236 que será castigado con prisión de seis meses a diez años y multa hasta de diez mil pesos y homicidio cometido.

Hidalgo y Morelos son dos entidades que castigan el suicidio asistido en Hidalgo la ayuda al suicidio está tipificado a través de su Código Penal en el artículo 283 y explica que se aplicará la pena correspondiente del homicidio que va de tres a 10 años de cárcel, incluyendo el homicidio piadoso.

Mientras que en el caso del estado de Morelos, estipula en su artículo 113 que aquel que ayude a otra persona a morir se le impondrá hasta la mitad de la sanción correspondiente al homicidio simple y deberá responder por las lesiones de quien intenta suicidarse.

Mientras que el artículo 114 expone que si la víctima es menor de edad o inimputable, y el agente no actúa por móviles piadosos, se aplicará a éste la sanción prevista para el homicidio calificado.

## **1.4 La Eutanasia en el Congreso**

Para dar mayor claridad estableciendo leyes que permitieran regular y despenalizar la eutanasia, legisladores de diferentes fracciones parlamentarias presentaron iniciativas para dar paso a la voluntad anticipada a nivel federal.

El Partido de la Revolución Democrática a través de sus congresistas, es uno de los más activos y perseverantes en buscar avalar una reforma para este tema.

El primer registro que se tiene en el Poder Legislativo para incursionar la eutanasia en los códigos mexicanos data de 2005<sup>27</sup>.

---

<sup>26</sup> Código Penal para el Estado de México, Estado de México, Congreso del Estado de Zacatecas, última reforma diciembre 2017, Título Tercero, Subtítulo Primero, Capítulo I, Capítulos 236-240.

<sup>27</sup> Siglo de Durango, "Presentará PRD propuesta para eutanasia", El Siglo de Durango Consultado en la página <http://www.elsiglodedurango.com.mx/noticia/70341.presentara-prd-propuesta-para-eutanasia.html>

De acuerdo con la página de internet del Sistema de Información Legislativa<sup>28</sup>, el proyecto registrado por los entonces diputados federales Eliana García Laguna, Irma Figueroa Romero y Rafael García Tinajero pretendía reformar diferentes secciones y artículos del Código Civil Federal y crear la Ley General de los Derechos de las Personas Enfermas en Estado Terminal.

Según se expone en el documento lo que se pretendía era “regular la eutanasia” dentro de los ordenamientos jurídicos y legales nacionales, para lo cual se establecería que “no serán sujetos de acción penal ni civil el personal médico que participe en la muerte planificada de un paciente terminal que haya expresado de forma voluntaria su deseo de morir”.

Uno de los principales objetivos era crear la Ley General de los Derechos de las Personas Enfermas en Estado Terminal, la cual serviría como un marco normativo en el que se garantizaría el conjunto de derechos que debe tener una persona enferma en estado terminal.

De igual forma reformar el Código Civil Federal para reglamentar la figura del Testamento de Vida, en el que el interesado podría expresa su voluntad, de manera consciente, sobre las atenciones médicas que deseaba recibir en caso de padecer una enfermedad terminal.

Esta propuesta pretendía reglamentar la práctica de fin voluntaria de la vida como un derecho de los enfermos terminales a decidir la forma y el momento de su muerte, pero aplicaría para aquellos que padecieran de intensos sufrimientos o una agonía larga y dolorosa a causa de un mal grave e incurable.

El proyecto que había sido turnado a comisiones, contemplaba varias formas de “terminación voluntaria de la vida”, como la muerte asistida, que es cuando el enfermo pide al médico suministrar dosis adecuadas de fármacos hasta que

---

<sup>28</sup> Sistema de Información Legislativa, Reporte de Seguimiento de Asuntos Legislativos. Consultado en la página [http://sil.gobernacion.gob.mx/Librerias/pp\\_ReporteSeguimiento.php?SID=&Seguimiento=2287625&Asunto=1950097](http://sil.gobernacion.gob.mx/Librerias/pp_ReporteSeguimiento.php?SID=&Seguimiento=2287625&Asunto=1950097)

fallezca<sup>29</sup>, esto como un derecho de los enfermos a decidir la forma y el momento de su muerte.

Como parte de la propuesta también se promovía modificar el Código Penal para tipificar el delito el prestar auxilio o inducir a otro para que se suicide, pero con la acotación de que la acción no será penalizada si lo hace por la voluntad debidamente expresada del enfermo terminal.

También sugería la figura del “Testamento de Vida”, un documento en el que el enfermo terminal o los padres de éste, en caso de tratarse de un menor, manifestaran su decisión de dar por terminada la vida.

En el título segundo, artículo 4 de la propuesta se especificaba que “toda persona enferma en estado terminal tiene derecho a que se le brinde información verídica y oportuna sobre su enfermedad, evolución, tratamiento y alternativas terapéuticas de la misma, así como de su condición general de salud y pronóstico”.

Mientras que el artículo sexto señalaba que la persona enferma podrá solicitar en cualquier momento un informe detallado escrito y oral de fácil acceso a su entendimiento sobre su enfermedad, diagnóstico, tratamiento y pronóstico para poder tomar una decisión

En diferentes notas periodistas recabadas por medios de circulación nacional, los diputados proponentes exponían que su iniciativa incentivaba orientar la práctica de la terminación voluntaria de la vida

Por ejemplo para el diario *La Jornada* explicaban que al debatir este tipo de documentos se podía discutir la situación de los enfermos terminales y la necesidad "de liberarlos de intensos sufrimientos y de una agonía larga y dolorosa,

---

<sup>29</sup> Mariana Viayra Ramírez, “Abren debate sobre eutanasia: con dolor insoportable no tiene sentido vivir: De la Barreda; enfermos terminales no tienen derecho a morir: obispo de Morelos”. La Crónica de México, Consultado en la página <http://www.cronica.com.mx/notas/2005/183427.html>

resultado de una enfermedad grave e incurable", así como evitar cualquier abuso de médicos y familiares<sup>30</sup>.

Mientras que para el diario *El Universal*, los legisladores Eliana García Laguna y Rafael García Tinajero expusieron que la propuesta planteaba la elaboración de testamentos de vida cuando los enfermos precisen el grado de sufrimiento que están dispuestos a soportar antes de ser asistidos para morir<sup>31</sup>.

García Tinajero precisó que lo que se buscaba es que no se castigara el llamado "suicidio asistido" y dar paso a que tanto enfermos y cualquier ciudadano elija su derecho a morir con dignidad.

Los diputados anunciaron que con esta ley también se instituiría un marco legal en el que se garantizaran los derechos de las personas enfermas en estado terminal con absoluto respeto a su dignidad y que les permita decidir de manera voluntaria, libre, seria e inequívoca a morir dignamente.

Por ello, también pidieron al Ejecutivo Federal que la apertura de foros de discusión sobre la iniciativa de la Ley General de los Derechos de las Personas Enfermas en Estado Terminal y que los resultados de la misma se remitieran al Congreso con el propósito de conocer las diversas posturas de la sociedad.

"No debemos dar espacio a la prohibición, sino ofrecer la posibilidad de elegir a quienes de manera personal y razonada deseen acogerse a una ley que les permita ejercer la soberanía sobre su propia salud, su cuerpo y su vida", dijo Eliana García.

Con el proyecto lo que se buscaba era equiparar la legislación mexicana a la de países como "Dinamarca, Uruguay, Holanda, Bélgica, Australia o el estado de Oregon, Estados Unidos" donde la eutanasia legal.

---

<sup>30</sup> Enrique Méndez y Roberto Garduño, "El PRD impulsa en San Lázaro una iniciativa para legalizar la eutanasia", *La Jornada*, Consultado en la página <http://www.jornada.unam.mx/2005/05/18/index.php?section=sociedad&article=044n1soc>

<sup>31</sup> Jorge Teherán, "Plantea PRD ley para permitir la eutanasia", *El Universal*, Consultado en la página <http://archivo.eluniversal.com.mx/nacion/125211.html>

Al ser la primera iniciativa de esta índole en el país, abrió el debate y causó controversia en muchos sectores sociales y políticos.

Integrantes del PAN y PRI aseguraron que votarían contra la propuesta al afirmar que sería legalizar el homicidio; en tanto que el secretario de la Comisión de Salud, Julio Frenk pidió a la Comisión Nacional de Bioética iniciar foros de discusión sobre el tema.

Pese a la inquietud y reflectores que obtuvo en su momento, seis años después de que fue presentada en abril de 2011 la Mesa Directiva de la Cámara de Diputados informó al pleno que la desechó.

## **1.5 2007: el año con más propuestas**

2007 fue un año muy prolífico para el debate de la eutanasia ya que diferentes legisladores tanto en la Cámara de Senadores como en la de Diputados presentaron diferentes proyectos para tratar de legislar el tema en nuestro país.

Según el registro realizado y complicado en una carpeta informativa por el Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública de la Cámara de Diputados (CESOP)<sup>32</sup>, ese año fue el más productivo y donde más iniciativas se presentaron ante la opinión pública respecto a la eutanasia, en donde se hacía hincapié en la obligación de Estado de tutelar y proteger la vida humana y, por ende, cómo entenderla, así como cuál es la calidad de vida y muerte.

La primera iniciativa que salió a la luz fue la presentada en abril por el grupo parlamentario del Partido de la Revolución Democrática (PRD), respaldado por la Comisión de Salud y por la bancada del PAN en el Senado; la cual pretendía legalizar la eutanasia, medida a la cual sólo tendrían acceso enfermos terminales con una expectativa de vida menor a los seis meses.<sup>33</sup>

---

<sup>32</sup> Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública de la Cámara de Diputados, Carpeta Informativa “Eutanasia”, México, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2007.

<sup>33</sup> Andrea Becerril, “PAN y PRI respaldan iniciativa del PRD para legalizar eutanasia pasiva”, La Jornada, Consultado en la página <http://www.jornada.unam.mx/2007/04/13/index.php?section=sociedad&article=041n1soc>



Ésta pretendía reformar el Código Penal Federal y crear la Ley General de Suspensión de Tratamiento Curativo, o también conocida como Ley de Derecho a la Muerte Digna<sup>34</sup>.

Esta ley sólo se podría aplicar a aquellos enfermos en fase terminal y a que se les haya diagnosticado una expectativa de vida de seis meses o menos. En caso de que el enfermo no pudiera tomar la decisión, sería su familia quien brinde dicho consentimiento.

Según el documento, el cual se encuentra publicado en la Gaceta Parlamentaria del Senado, se enfatizaba que la Ley General de Suspensión de Tratamiento Curativo estaba basada en principios humanistas y respetaba ante todo el derecho a la libre autodeterminación de los individuos.

Como parte de la propuesta se reformaría el artículo 312 del Código Penal Federal, para establecer que no se condenaría o se aplicaría ningún tipo de pena para el profesional de la salud que actué de conformidad con lo dispuesto en la Ley de Suspensión de Tratamiento Curativo.

La Ley incluía crear una Carta de Declaración Anticipada, la cual sería un documento otorgado ante notario público, (parecida a la actual Voluntad Anticipada) a través de la cual cualquier ciudadano con pleno uso de sus facultades mentales plasmaría su voluntad para que se le aplique la suspensión voluntaria de tratamiento curativo una vez que se encuentre con diagnóstico de enfermedad terminal y no pueda manifestar su voluntad debido a motivos relacionados a su estado posterior de salud.

La Carta de Declaración Anticipada deberá otorgarse por escrito ante notario público la cual deberá contener el nombre, edad, domicilio y forma de la persona que emite la Carta de Declaración Anticipada, Certificado de Salud emitido por un especialista en salud mental donde se determine que el declarante está en pleno

---

<sup>34</sup> EFE, "México abre el debate para legalizar la eutanasia pasiva", El País en línea. Consultado en la página [http://internacional.elpais.com/internacional/2007/04/13/actualidad/1176415206\\_850215.html](http://internacional.elpais.com/internacional/2007/04/13/actualidad/1176415206_850215.html)

goce de sus facultades mentales, la firma de cuatro testigos y la simple manifestación en relación a no ser sujeto de la aplicación de de ninguna de las formas de terminación de tratamiento curativo.

Dicha carta surtiría efecto sólo en el caso de que el paciente no pueda hacerlo válido, por motivos de su estado de salud y con ello manifestar su voluntad. Incluso podría ser revocada en cualquier momento como periodos de lucidez dentro de su enfermedad o la simple manifestación oral ante dos testigos y, en caso de ser posible, la posterior ratificación por escrito.

Esta misma carta podría ser tramitada por cualquier 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 de que le sea aplicada la suspensión voluntaria de tratamiento curativo en caso de que llegase a padecer una enfermedad terminal

También se establecería un documento de solicitud de suspensión voluntaria de tratamiento, por medio del cual el representante legal de un paciente en estado terminal, sea menor de edad o que por su estado de salud no pueda hacer uso de sus facultades mentales, pediría que se le dejara de dar cualquier tipo de tratamiento curativo o paliativo.

Para los pasos anteriores, se tendría que crear comités estatales y uno nacional de Bioética Médica, los cuales estarían integrados en cada institución de salud pública y que serían los encargados de dictaminar en torno de las solicitudes de suspensión voluntaria de tratamiento curativo recibidas.

De igual forma, el paciente en estado terminal tendría derecho a la suspensión del tratamiento curativo y podría designar de común acuerdo con la Secretaría de Salud y el Comité Nacional de Bioética donde se le aplicarían los tratamientos paliativos.

En el caso de los pacientes incapacitados, se proponía solicitar la suspensión anticipada del tratamiento curativo para el paciente en estado terminal los familiares o el representante legal del paciente en estado terminal.

Respecto al Derecho a la Suspensión Voluntaria de Tratamiento Curativo, el paciente en estado terminal, mayor de edad y en pleno uso de sus facultades mentales, podría hacer válido su derecho y pedir la suspensión de cualquier medicamento o procedimiento y sólo limitar cuestiones paliativas, siempre y cuando los médicos e informaran sobre su situación y que pese a recibir tratamientos para su estado de salud no se le otorgara el alivio suficiente.

Para poder hacer la solicitud de suspensión voluntaria de tratamiento curativo ésta tendría que ser presentada ante el Comité Nacional de Bioética Médica de la institución de que trate; anexando, en la forma que determine la Secretaría, el expediente clínico del paciente.

En caso de que el enfermo quiera revocar el consentimiento y seguir con sus medicamentos, podría hacer y eso no conllevaría alguna sanción o responsabilidad de ningún tipo.

Con la suspensión voluntaria de tratamiento curativo el médico tratante y el Comité de Bioética Médica o, en su caso, del Comité Nacional de Bioética Médica, determinarán los actos u omisiones que garantizaran el menor sufrimiento al paciente en estado terminal.

En el caso de los pacientes incapacitados para la toma de decisiones, aquellos que fueran menores de edad o que se encuentren en algún estado que les impida expresar su voluntad tendrían derecho a la suspensión anticipada de cualquier tipo de tratamiento curativo a través de sus familiares, tutores o su representante legal.

Respecto a las obligaciones de los médicos y personal de la salud, la propuesta específica que debe proporcionar al paciente en estado terminal toda la información relacionada a su estado de salud y a sus derechos, solicitar una

segunda opinión a otro médico especialista, cuando su diagnóstico sea una enfermedad terminal.

Hablando del diagnóstico, éste deberá ser entregado por escrito, en donde se expondría el tipo de padecimiento, su pronóstico y alternativas terapéuticas; y de igual forma se comunicaría de forma verbal

En caso de que el paciente pidiera la suspensión de cualquier procedimiento, el médico tendría la responsabilidad de acatar la voluntad del enfermo o de sus familiares, para lo cual contaría con la autorización del Comité de Bioética Médica para aplicar la terminación de tratamiento curativo y llevar un registro al momento de cualquier decisión.

Otro de los requisitos expuestos en la iniciativa de los senadores es que los médicos a cargo de cualquier paciente deberían ser especialistas en padecimientos en estado terminal, y en su caso, ser especialistas en el tratamiento del dolor y cuidados paliativos y en caso de que tengan que certificar las facultades mentales del paciente en estado terminal deberán ser especialistas en salud mental. Adicionalmente a lo anterior, de ser posible siempre deberán solicitar la opinión de otro médico especialista en este tipo de enfermedades.

Para tener un control y orden sobre la suspensión de tratamiento, la iniciativa proponía que se contara con un Registro de Suspensión de Tratamiento Curativo el cual conservaría en estricta confidencialidad los expedientes, resoluciones y demás documentos relacionados con las solicitudes de suspensión de tratamiento curativo.

Todos los expedientes y documentos que se resguardarán en dicho registro podrían ser consultados, en todo momento, por el solicitante de la suspensión de tratamiento curativo o la persona que designe para tal fin, por una comisión revisora nombrada por la Secretaría y, por el Comité Nacional de Bioética Médica o los Comités de Bioética Médica.

Ese registro detalla que toda la información contenida en el Registro de Suspensión de Tratamiento Curativo podrá ser consultada, en los casos no previstos por la ley, sería con autorización del Comité Nacional de Bioética Médica o mediante orden judicial<sup>35</sup>.

En su momento, el secretario de la Comisión de Salud de la Cámara Alta, el perredista Lázaro Mazón explicó que la propuesta nació ya que miles de enfermos terminales, así como sus familias, sufren porque se les prolonga su vida cuando ya no existen medicamentos, tratamientos ni opciones para su mejoría y recuperación.

"Todos tenemos esencia humana, incluso el Papa Juan Pablo II, en sus últimos días, solicitó a sus doctores que no le suministraran más medicamentos, que le dejaran morir en paz", señaló.

"La legislación penal prohíbe y castiga la aplicación de la eutanasia o el suicidio asistido o muerte digna, y estamos de acuerdo con esto, lo que significa que si un médico llega a aplicar algún agente que ocasione la muerte a un paciente terminal, estará incurriendo en la ilegalidad y, por ende, en un punible conducta de homicidio", añadió.

En palabras de los legisladores proponentes, el principal objetivo de una norma de ese tipo es que sería que "los pacientes terminales recibirían una especial atención, así como tratamientos paliativos y la suspensión de cualquier tipo de acción médica que ya no les servirían".

El proyecto de ley fue firmado por Mazón, así como por el presidente de la Comisión de Salud, el panista Ernesto Saro Boardman, sin embargo no tuvo la

---

<sup>35</sup> Gaceta del Senado de la República LXIII Legislatura, Tercer año de Ejercicio. Iniciativas de Ciudadanos Senadores, Iniciativa del Senador Lázaro Mazón Alonso, del Grupo Parlamentario del Partido de la Revolución Democrática, la que contiene proyecto de decreto por el que se reforma el artículo 312 del Código Penal Federal y se crea la Ley General de Suspensión de Tratamiento Curativo. Consultado en la página <http://www.senado.gob.mx/index.php?ver=sp&mn=2&sm=2&id=12043>

aceptación esperada: generó inquietudes y cuestionamientos al interior de la dirigencia nacional del Partido Acción Nacional y de ambos grupos parlamentarios.

Saro Boardman reconoció que la propuesta del perredista Lázaro Mazón lleva su firma, ya que la intención de crear la Ley General de Terminación del Tratamiento Curativo pretendía preservar los derechos de los enfermos terminales.

“Que sea una muerte digna. Lo que estamos buscando es que no se extienda extraordinariamente la vida de un paciente que no lo desea, que no se le canalice, que no se le entube, que no se le den quimioterapias. Yo lo veo con buenos ojos en lo personal”, dijo.

Aunque aceptó que el planteamiento no ha sido discutido en su bancada, el legislador federal adelantó que la iniciativa no contradice los principios de Acción Nacional.

En tanto, el entonces coordinador del PAN en el Senado, Santiago Creel, señaló que aunque desconocía la iniciativa se manifestó dispuesto a analizar su contenido.

“No conozco todavía la iniciativa, pero los principios del PAN son muy claros en cuanto a la defensa de la vida, eso no obsta para que estemos en la mejor disposición de dialogar, debatir, reflexionar e intercambiar ideas”, agregó.

Posteriormente, saltó en defensa de la iniciativa del PRD que permitiría la eutanasia pasiva, al hacer notar que simplemente permitiría la muerte digna y correcta a los pacientes que así lo deseen.

Manlio Fabio Beltrones, coordinador parlamentario del PRI en el Senado en ese momento, elogió la propuesta y aseguró que su bancada estaba de acuerdo con la iniciativa.

“Lo que he visto en la propuesta del PRD, por conducto del senador Lázaro Masón, es una muy bien elaborada iniciativa que fundamenta perfectamente lo que puede ser el instrumento pasivo y activo de la misma y que verdaderamente

habla del carácter biológico y también de salud pública. Nosotros estamos de acuerdo”, expresó.

En tanto, el líder de los legisladores del PRD, Carlos Navarrete coincidió en que había varios puntos pendientes que debían discutirse en un periodo extraordinario, el cual nunca llegó.

En tanto, Guillermo Tamborrel, presidente de la Comisión de Atención a Grupos Vulnerables del Senado aseguró que su bancada analizará la iniciativa sobre eutanasia, siempre y cuando no aplique la inducción de la muerte del paciente por el suministro de medicamentos.

En su momento, José Luis Soberanes, ombudsman nacional consideró que la eutanasia, independientemente de la razones para realizarla, es un homicidio que el Estado no debe permitir y destacó que nadie puede decidir sobre la muerte de otra persona.

“La eutanasia es un homicidio, y el homicidio no puede ser bueno; ese homicidio debe ser castigado. No creo que sea válido que otra persona decida sobre la muerte de uno”, acusó.

El tema escaló a nivel nacional y diferentes autoridades médicas y gubernamentales opinaron al respecto, uno de ellos fue el entonces titular de la Secretaría de Salud, José Ángel Córdova Villalobos, quien aseguró que la dependencia que estaba a su cargo respetaría la decisión que tomaran los legisladores en relación con la iniciativa para que enfermos terminales soliciten el fin de su tratamiento médico para “morir bien”.

Pese al interés de los diferentes grupos parlamentarios para legislar dicha propuesta, ésta simplemente no pasó y se desechó.

Un segundo intento por legislar este tema, se dio de igual manera en 2007, pero esta vez el proyecto se engendró en la Cámara de Diputados, de manera específica por parte del legislador federal del PRI, Juan Francisco Rivera Bedoya.

La propuesta denominada “Tutela de la salud”<sup>36</sup>, tenía como objetivo que cuando una persona ya no estuviera en pleno uso de sus facultades mentales designara a un tercero para que se hiciera cargo para la toma de decisiones referentes a su salud, para ello se crearía la figura del tutor especial de atención médica.

Con lo anterior se reformarían los artículos 454, 461, 462 y 520 del Código Civil Federal y se adicionarían varios capítulos y artículos al 481 de la misma normativa.

“En México no existe todavía una norma que regule lo anterior, que ampare este derecho, por lo que es necesario actualizar nuestro marco jurídico, a fin de que se permita a los mexicanos tomar las medidas preventivas para deslindar a sus familiares y personas allegadas de la responsabilidad jurídica, o moral derivada de la toma de decisiones en momentos especialmente difíciles”, se señala como parte de los argumentos de esta reglamentación.

Según se explica, este tutor tendría la única ocupación de ser el representante legal de la persona enferma, siempre y cuando éste estuviera incapacitada de tomar sus decisiones médicas y/ o sobre su cuidado personal. Su principal función sería de decidir los cuidados y la atención médica que requiriera la persona bajo la que está a cargo.

Dicha designación sería un acto “personalísimo, revocable y libre” el cual se haría ante notario público y se entregaría una escritura pública sin necesidad de testigos o de declaración judicial alguna. Adicional a lo anterior, la persona del tutor de la salud sólo podría ser realizada por mayores de edad.

La propuesta expone que la persona que fuera tutor no recibiría ninguna remuneración económica de ningún tipo por realizar dicha función.

---

<sup>36</sup> Sistema de Información Legislativa, Reporte de Seguimiento de Asuntos Legislativos. Iniciativa del Diputado Juan Francisco Rivera Bedoya, del Grupo Parlamentario del PRI que reforma y adiciona diversas disposiciones del Código Civil Federal. Consultado en la página [http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2007/03/asun\\_2320145\\_20070313\\_1173818169.pdf](http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2007/03/asun_2320145_20070313_1173818169.pdf).



Respecto al papel que jugarían las instituciones médicas y de salud, fueran públicas o privadas, así como su personal, todos los actores involucrados tendrían que atender las decisiones que tomara el tutor.

“En virtud de lo anterior, esta propuesta se basa en la adición de un Capítulo IV Bis con sus artículos 481 Bis y siguientes, que se refiere a lo que hemos denominado ‘tutela especial de atención médica’, para el supuesto de que un mayor de edad con incapacidad, originada por enfermedades o deficiencias persistentes, no pueda gobernarse por sí mismo y que, además, ya no exista posibilidad médica de que se vaya a dejar el estado de incapacidad o discapacidad”, se señala en el documento.

Según el texto consultado en la Gaceta Parlamentaria de la Cámara de Diputados, el artículo 481 Bis V resaltaba que la persona enferma podría designar como su tutor especial a cualquier persona, fuera familiar o no, que estuviera a cargo de su cuidado, siempre y cuando fuera mayor de edad.

Adicional a la designación del tutor, la persona enferma agregaría una serie de instrucciones generales o particulares escritas ante notario público que le haya encomendado a tu tutor sobre sus cuidados y la atención médica que desease recibir o no.

Algunas de las ventajas “potenciales” de esta ley es que se fomentaría un mayor conocimiento y respeto por parte de los médicos acerca de los deseos y decisiones de sus pacientes.

Rivera Bedoya enfatizó que otro de los beneficios de su propuesta es que habría una disminución de intervenciones médicas que no ayuden al paciente así como eliminaría efectos psicológicos en familiares y seres queridos, tales como sentimientos de culpa o de impotencia debido a la toma de decisiones legales o médicas en donde salga perjudicado el paciente.

“Es en los casos de que la vida de la persona ya no tenga posibilidad entonces, se pueden dar instrucciones para que se tomen las medidas idóneas No se trata de

una privación de la vida, sino de medidas apropiadas y urgentes en estos casos”, indicó.

El priista comparó su “Tutela de salud” con la eutanasia, explicando que en la primera se conserva la vida hasta donde sea prudente y en la otra se puede disponer de la vida de una persona

Subrayó que en situaciones en particular el paciente puede ordenar que no se le practique ningún procedimiento quirúrgico que prolongue su vida y agregó que “también puede ser para desconectar aparatos y no se abuse, como ocurre a veces, de instrumentos artificiales y otro tipo de medidas”.

“Ya hay una iniciativa al respecto, así como en el caso del aborto. Ya entraron a su estudio estos temas, pero es difícil que salgan adelante porque hay una fuerte oposición y factores de tipo moral y religioso relacionados con el respeto a la vida. Pueden haber acuerdos o modificación de las iniciativas, pero no van a ser autorizadas”, indicó

Esta iniciativa quedó congelada en las comisiones de Justicia y de Salud de la Cámara de Diputados al ser considerada como un sustituto de la eutanasia, jamás fue discutida y quedó archivada.

Nuevo León también se sumó a la lista de actores para tener normas a favor de los enfermos terminales, y aunque su discusión se dio en un ámbito más local, también en 2007 buscó modificar la Constitución Local para dar paso a una Ley de Voluntad Anticipada, sin embargo el tema generó tanta polémica y terminó congelado.

El entonces presidente de la Comisión de Salud y Grupos Vulnerables de congreso local, el panista Ángel Valle de la O argumentó que ese tema no se abordaría porque “en la entidad no hay interés para modificar la legislación”.

Justificó que analizar un tema de esa índole podría “abrir la puerta” para que en la entidad dicha práctica se pudiera realizar ese ejercicio muy cercano al homicidio.

“Hay que hacer un análisis cuidadoso porque podemos abrir una puerta... Yo estoy en contra de decir que un paciente es una carga para la sociedad, debido a que tiene una enfermedad degenerativa o incontrolable, por lo que hay que inyectarle tal o cuál sustancia para que deje de sufrir”, alertó.

A su vez, el presidente de la Comisión de Legislación y Puntos Constitucionales, el también panista José Manuel Guajardo Canales afirmó “sólo podemos ayudar a pasar los últimos momentos bien, pero nadie tiene el derecho de quitar la vida si no es porque así lo deciden las causas naturales”.

Guajardo Canales comparó el aborto y la eutanasia al afirmar que “sólo Dios debe quitar la vida de las personas desde que son concebidas y hasta que mueren, la vida humana debe respetarse desde la concepción y hasta que el creador supremo, llámele como quiera, diga hasta aquí llegaste hay quienes quieren llamarle eutanasia a eso”.

Lo más cercano para aprobar o legislar la eutanasia en Nuevo León, sería en el caso de retirar la asistencia mecánica de una persona cuando se le haya detectado muerte cerebral y que sus órganos sean donados. Pero sólo en ese caso.

“Hay pacientes que estuvieron en estado comatoso y regresaron para reintegrarse a la sociedad No debemos generalizar ni abrir la puerta para que, en vez de eutanasia, haya homicidios Actualmente, en el caso de una persona que está en coma, la legislación no permite que un paciente sea desconectado, aunque los familiares lo pidan”, señalaron legisladores panistas.

El intento por debatir la voluntad anticipada jamás pudo avanzar en la entidad, a tal grado, que en mayo de 2014, el Congreso estatal aprobó una ley para proteger

la vida desde la fecundación, prohibir el aborto y cualquier tipo de eutanasia en Nuevo León<sup>37</sup>, de acuerdo con una nota publicada por el diario *La Jornada*.

Con ello, el Congreso blindó cualquier oportunidad de debate y estableció la protección de la vida desde su comienzo hasta la muerte.

Otro más por incluir la eutanasia en la legislación local se dio también en 2007 pero en el Distrito Federal, cuando el legislador del PRI en la Asamblea Legislativa, Tonatiuh González Case quien proponía eliminar cualquier sanción cuando se trate de un homicidio piadoso o por razones humanitarias.

Para ello, se realizarían reformas al Código Penal del Distrito Federal, a la Ley General de Salud del Distrito Federal y al Código Civil de Distrito Federal.

Adicional a lo anterior, también se incluía formar grupos de bioética quienes supervisarían los casos más relevantes e instituir el testamento en vida.

De la misma bancada del PRI y de la ALDF, la legisladora Paula Soto presentó un antecedente para la creación de una Ley de Voluntad Anticipada, en donde se regularía el procedimiento por el cual un paciente terminal, o sus familiares, pueda solicitar la suspensión de un tratamiento curativo y la administración de tratamientos paliativos; para lo anterior la ley protegería al médico que siga y cumpla con los deseos del paciente o de sus familia.

Lo anterior serviría de base para la creación de la Ley de Voluntad Anticipada del Distrito Federal.

En 2009, nuevamente el PRI en la ALDF presentó un proyecto para ayudar a enfermos terminales a decidir si querían morir mediante el suministro de un “medicamento especial”<sup>38</sup>.

---

<sup>37</sup> Erick Muñiz, “Avanza en Nuevo León prohibición del aborto y la eutanasia”, *La Jornada*, Sección “Estados”, Consultada en la página <http://www.jornada.unam.mx/2014/05/29/estados/031n1est>

La iniciativa fue presentada por el legislador Israel Betanzos, en donde proponía practicar la eutanasia a pacientes terminales con la única condición de que se hayan agotado todas las opciones médicas posibles y que a muerte fuera fin inevitable.

Con lo anterior, la aplicación de la eutanasia permitiría evitar sufrimiento y una agonía dolorosa como consecuencia de una enfermedad grave e incurable.

La propuesta buscaba reformar diversos artículos a la Ley de Salud local y de la Ley de Voluntad Anticipada de DF para permitir dicha práctica solamente en enfermos en etapa terminal. Esta idea no prosperó.

Un último intento del partido tricolor en el congreso capitalino para reglamentar la eutanasia fue en 2012 cuando a través del diputado Tonatiuh González Case buscaba regular la muerte asistida.

Según la iniciativa, sólo la persona que tuviera un diagnóstico con una enfermedad terminal podría solicitar ese derecho y el proceso se iniciaría a través de una petición voluntaria y buscaba reformar tanto el Código Penal como la Ley de Salud del Distrito Federal.

González Case indicó que la muerte asistida se debía considerar como un derecho más ya que en la Ley General de Salud sólo consideraba la posibilidad de llevar a cabo acciones que permitan que un paciente no se le extienda la vida cuando no existe la posibilidad de alguna cura o remedio.

“En una ciudad donde se tutea el derecho a la libertad, se debe respetar la opción del bien morir de que aquellos que enfrentan una enfermedad terminal para que sus últimos días vivan con dignidad y en las mejores condiciones posibles” condenó.

En el texto se explicaba que sus principales objetivos eran salvaguardar la dignidad de los enfermos en situación terminal, garantizar una muerte natural o

---

<sup>38</sup> Notimex, “El PRI propone permitir eutanasia en el Distrito Federal”, Excélsior, Sección “Comunidad”, Consultado en la página <http://www.excelsior.com.mx/2012/11/21/comunidad/871012>

asistida en condiciones dignas, establecer y garantizar sus derechos y evitar la obstinación terapéutica.

Para poder acceder a ese derecho, solamente podría hacerlo el paciente en situación terminal, mayor de edad y en pleno uso de su facultades mentales.

En caso de que el enfermo ya estuviera recibiendo los cuidados paliativos, podría solicitar la muerte asistida ratificando su decisión por escrito ante el personal médico correspondiente o bien seguir recibiendo los cuidados paliativos.

Éstos últimos se proporcionarían desde el momento en que se diagnostica el estado terminal de la enfermedad, por el médico especialista; siempre y cuando no decida por la opción de la muerte asistida.

En caso de que el enfermo este incapacitado el enfermo para expresar su consentimiento y en caso de que no se encuentre ningún familiar, tutor o representante legal; será el médico a cargo o bien, la Comisión de Bioética de la institución de salud quien pueda tomar la decisión para aplicar cualquier tratamiento médico o incluso la muerte asistida, en caso de así ser necesario.

En cuanto a las reformas a la Ley de Voluntad Anticipada de Distrito Federal, se expone que dicho documento deberá contar con algunas nuevas disposiciones como establecer de manera clara la voluntad de la persona de que se le efectuó la eutanasia y no sólo los cuidados paliativos como expone la ley.

Como parte de las modificaciones, el personal de salud en caso de tratarse de eutanasia podrá suministrar medicamentos o tratamientos médicos que provoquen de manera intencional el deceso de enfermo en etapa terminal. Esta iniciativa tampoco avanzó y fue desechada.

A nivel federal, las más recientes propuestas fueron en 2015 y 2016 en la Cámara de Diputados.

En abril de 2015, el entonces diputado federal del PRD, Fernando Belaunzarán presentó una iniciativa para despenalizar la práctica de la eutanasia activa para

permitir que el paciente en fase terminal pudiera pedir a un médico realizara dicha acción<sup>39</sup>.

En una nota publicada en la versión web del diario Excélsior, el legislador explicaba que su idea planteaba un periodo de tiempo para que el paciente hiciera su petición y que los médicos a cargo tuvieran la certeza de que no existieran presiones externas respecto a su voluntad ni que se tratara de una decisión precipitada, fruto de una efímera situación emocional.

“El tema de la eutanasia enfrenta fuertes oposiciones. Hay instituciones religiosas que afirman que la vida de las personas pertenece a un ser superior y, por tanto, nadie tiene el derecho a decidir sobre su propia vida y consideran a la eutanasia como homicidio... Lo que resulta inaceptable es imponérsela a toda la sociedad, obligando a personas en situación terminal a experimentar dolores insoportables”, argumentó.

De acuerdo con el proyecto de ley, consultado en la Gaceta Parlamentaria de la Cámara de Diputados, se modificarían algunas disposiciones de la Ley General de Salud y del Código Penal Federal<sup>40</sup>, como por ejemplo se establecería salvaguardar la dignidad de los enfermos en situación terminal, para garantizar su calidad de vida a través de todos los cuidados y atenciones médicas necesarios, así como la posibilidad de optar por el procedimiento de eutanasia cuando el sufrimiento sea insoportable y poder garantizarles el acceso a una muerte en condiciones digna.

Un punto fundamental de la propuesta del perredista es propondría una definición de la palabra eutanasia la cual se delimitaría como el acto practicado por un profesional médico que interviene para poner fin a la vida de una persona que lo solicita debido a que padece alguna enfermedad en fase terminal o que se

---

<sup>39</sup> Ivonne Melgar, “Piden despenalizar eutanasia activa”, Excélsior, Sección “Nacional”. Consultado en la página <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2015/04/23/1020337>

<sup>40</sup> Gaceta Parlamentaria de la Cámara de Diputados, año XVIII, número 4258-VII, martes 21 de abril de 2015 Consultado en la página <http://gaceta.diputados.gob.mx/Gaceta/62/2015/abr/20150421-VII.html#Iniciativa4>

encuentra en una condición patológica incurable que lo mantiene en permanente sufrimiento físico o mental<sup>41</sup>.

Para poder solicitar dicha práctica se haría por escrito al médico, la cual estaría fechada y firmada por el mismo; pero si en caso de que éste se encuentre imposibilitado físicamente para redactar y firmar su solicitud esta podrá ser realizada por la persona de su elección.

En caso de que el paciente se arrepintiera revocaría su solicitud en cualquier momento y se le regresaría al paciente. Si ésta ya recibía los cuidados paliativos pero desea recibir nuevamente cualquier tipo de tratamiento curativo únicamente tendría que notificarlos al personal médico vía escrita.

Igual si durante esta etapa el paciente que recibiera cuidados paliativos optara por la eutanasia, tendría la opción de presentar ante el médico su petición escrita expresando su voluntad de suspender los cuidados paliativos y que le sea practicada la eutanasia.

En lo concerniente al procedimiento de la eutanasia que debía realizar el personal médico, tras informar al paciente sobre su estado de salud y discutir con él las posibilidades terapéuticas que aun existen, podría dar paso a su solicitud de eutanasia remarcando que su solicitud es completamente voluntaria.

Para asegurarse de la persistencia del sufrimiento físico o anímico del paciente el médico tendría tres entrevistas con éste en presencia de un testigo durante un periodo no mayor de un mes.

De igual forma, el médico titular del enfermo consultaría con otro médico el carácter grave e incurable del padecimiento de su paciente; quien además deberá estudiar el expediente, examinar al paciente y asegurarse de que no tiene esperanza de vida.

---

<sup>41</sup> Secretaría General de Servicios Parlamentarios de la Cámara de Diputados, Dirección General de Apoyo Parlamentario, Iniciativas presentadas por diputado en la LXII Legislatura turnadas a Comisión. Consultado en la página [http://sitl.diputados.gob.mx/LXII\\_leg/iniciativas\\_por\\_pernplxii.php?iddipt=443&pert=11](http://sitl.diputados.gob.mx/LXII_leg/iniciativas_por_pernplxii.php?iddipt=443&pert=11)



Respecto al médico consultado que puede dar una segunda opinión sobre el caso, deberá ser imparcial e independiente tanto del paciente como del médico tratante así como deberá estar relacionado a la especialidad de la patología que sufre el paciente.

Parecido a iniciativas anteriormente expuestas, para que tanto médico como enfermo pudieran tomar una decisión, ambas partes debían estar informados y contar con todos los datos necesarios para que cualquier decisión se hiciera libre e informada sobre la atención, tratamiento, cuidados paliativos o procedimiento de eutanasia.

Un concepto nuevo que Belaunzarán pretendía introducir era la posibilidad de la “objeción de conciencia” por parte del personal médico que considere que practicar la eutanasia activa es contraria a sus creencias profesionales, religiosas o morales.

Con lo anterior, ningún médico estaría obligado a practicar el procedimiento de eutanasia si rechaza hacerlo bajo el argumento de objeción de conciencia. En este caso deberá informar al paciente dentro de las 24 horas siguientes a la recepción de la solicitud precisando las razones de su rechazo y deberá entregar el expediente médico del paciente a otro médico especialista que tenga la disposición de atender esta solicitud.

En cuanto al acto de la eutanasia se puntualiza que no se considerará como infracción ni será denunciado civil ni penalmente por el delito de homicidio al médico que la realice, siempre y cuando el paciente sea mayor de edad que sufra un permanente sufrimiento físico o psíquico, o bien, sea un adolescente y se encuentre en consciente al momento de realizar su solicitud.

El último intento para tratar de llevar el tema al Congreso se dio en 2016, cuando el diputado federal del PRD, Xavier Nava Palacios promovió una iniciativa para despenalizar la eutanasia y reglamentar un procedimiento legal con el objetivo de

que un médico especialista pueda administrar un medicamento especial al paciente en fase terminal<sup>42</sup>.

Dicha propuesta contemplaría el término de “objeción de conciencia”, (idea muy parecida a la estableció su correligionario Fernando Belaunzarán) a lo que en donde los doctores podrían realizar dicha práctica pero si creían que atentaba contra sus creencias religiosas o morales, se garantizaría la sustitución por otro médico que pudiera realizar el ejercicio sin ningún impedimento.

Para ellos se tendrían que hacer varias reformas y adiciones a la Ley General de Salud y del Código Penal Federal, la propuesta se envió a las Comisiones Unidas de Justicia y Salud. Nunca se discutió y fue archivada.

## **1.6 La voluntad de elegir morir**

En enero de 2017, como parte de la discusión para la redacción de la Constitución Política de la Ciudad de México, la Asamblea Constituyente aprobó una reforma al Artículo 11 de la Carta Magna local en donde se establece el derecho que tienen todos los capitalinos a una muerte digna.

Como parte de la misma, los legisladores expusieron que “toda persona tiene derecho a la autodeterminación y al libre desarrollo de su personalidad”.

“Este derecho humano fundamental deberá posibilitar que todas las personas puedan ejercer plenamente sus capacidades para vivir con dignidad. La vida digna contiene implícitamente el derecho a una muerte digna”, indica el párrafo agregado a iniciativa del diputado local del PRD, Jesús Ortega.

Si bien la voluntad anticipada no es igual que la eutanasia, las autoridades del Distrito Federal fueron las pioneras en lograr su aprobación en la capital del país.

---

<sup>42</sup> Comunicación Social de la Cámara de Diputados. Difusión. Boletín No. 1155, “Presentan ante el Pleno 34 iniciativas de reformas a diversos ordenamientos”. Consultado en la página <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Boletines/2016/Marzo/16/1155-Presentan-ante-el-Pleno-34-iniciativas-de-reformas-a-diversos-ordenamientos>

Casi una década antes, es decir, en enero de 2008, la Asamblea Legislativa aprobó por unanimidad la Ley de Voluntad Anticipada del Distrito Federal, y abril de ese mismo año se aprobó su reglamento.

La aprobación de esta norma generó un precedente histórico al permitir a cualquier persona manifestar su decisión de someterse o no a tratamientos y/o procedimientos médicos que propicien prolongar la vida de un enfermo en etapa terminal<sup>43</sup>.

Con lo anterior, se protege la dignidad del paciente así como busca evitar un desgaste emocional, físico, psicológico y económico tanto para el enfermo como sus familiares, los cuales son innecesarios.

En el Documento de Voluntad Anticipada, la persona en cuestión, que puede ser un enfermo terminal o no, nombra a un representante que vigilará su cumplimiento y señalará su intención respecto a la donación o no de órganos.

El trámite para obtener el Documento de Voluntad Anticipada (DVA) se realiza ante notario público, tiene un costo aproximado de mil 200 para el público en general y 400 para el adulto mayor. Es sencillo realizar ya que se realiza de un día para otro y sólo se quiere una identificación oficial y presentar los datos personales del interesado

En caso de que se trata de una persona en etapa terminal, el documento puede ser realizado y entregado de manera directa al personal de salud.

Otro concepto que introdujo la ley local, que posteriormente sería e incluido en la Ley Federal de Salud es de los cuidados paliativos, éstos con el objetivo de disminuir el sufrimiento y permitir tanto el apoyo emocional como espiritual a los enfermos terminales.

La Ley de Voluntad Anticipada capitalina provocó una ola de reacciones a nivel local y nacional: entre la condena de las diferentes religiones por que dicha ley

---

<sup>43</sup> Ella Grajeda, “Aprueba ALDF Ley del Bien Morir”, El Universal sitio web, Sección “México”. Consultado en la página <http://archivo.eluniversal.com.mx/ciudad/87999.html>

sería un paso cerca de la eutanasia hasta la aprobación de la sociedad a favor de una legislación así.

El entonces jefe de gobierno Marcelo Ebrard aprobó y vio el proyecto con buenos ojos, el problema fue al interior de su gabinete.

El entonces de salud local, Armando Ahued señaló que hablar de eutanasia, o de un intento de legislarla, era un asunto complicado y que la aprobación de una iniciativa de esa índole permitiría que los médicos, con el previo consentimiento del enfermo, pudieran acelerar o provocar la muerte<sup>44</sup>.

“Yo, como médico, si a mí me dicen: ‘Por favor inyéctele esto para que se muera’, yo no lo haría. Entonces lo que hay que hacer es respetar la objeción de conciencia de los médicos...con la (Ley de Voluntad Anticipada) ya existente, estamos dando buena atención a los casos presentados”, explicó.

Como parte de la Ley de Voluntad Anticipada del Distrito Federal se contempla de cuidar al enfermo tanto física como psicológicamente, así como prepararlo junto con su familia ante la muerte<sup>45</sup>.

De acuerdo con datos consultados del Colegio Nacional del Notariado Mexicano revelan que entre 2008, año de la implementación de la Ley de Voluntad Anticipada, y abril del 2014; tan sólo en la Ciudad de México se enlistaron poco más de tres mil oficios relacionados a la Voluntad Anticipada.

Hasta marzo de 2016, el número de capitalinos que ha realizado este trámite se situó en seis mil 200, de acuerdo con declaraciones hechas por el titular de la

---

<sup>44</sup> Ernesto Osorio, “Propuesta priista para legalizar la eutanasia en la capital mexicana”, Reforma sitio web retomado por el sitio web Catolicidad. Consultado en la página <http://www.catolicidad.com/2009/11/propuesta-priista-para-legalizar-la.html>.

<sup>45</sup> Ella Grajeda, “ALDF analizará en enero iniciativa sobre eutanasia”, El Universal sitio web, Sección “Metrópoli”. Consultado en la página <http://archivo.eluniversal.com.mx/ciudad/99536.html>

Subsecretaría de Servicios Médicos de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, Ramón Rosales Avilés<sup>46</sup>.

Para promover entre los ciudadanos la realización de este trámite, el Gobierno del Distrito Federal, a través de la Secretaría de Salud local y el Colegio de Notarios instauraron en marzo el “Mes de la Voluntad Anticipada”, en donde se hacen descuentos con la finalidad de que el mayor número de personas acudan a realizar este trámite<sup>47</sup>.

De acuerdo con cifras del Programa de Voluntad Anticipada de la Secretaría de Salud de gobierno capitalino publicadas por el Colegio de Notarios, del total de solicitudes hechas el 65 por ciento son mujeres con un dos mil 570 y el 35 por ciento restante corresponde a hombres con mil 402.

Respeto al estado civil, de los hombres lo hicieron 442 solteros y 949 casados, por parte de las mujeres lo tramitaron mil 557 solteras y poco más de mil casadas.

El Documento de Voluntad Anticipada también permite conocer la voluntad para donar órganos y así lo estipuló el 50 por ciento de quienes realizaron su solicitud contra un 41 por ciento que rechazó esta opción.

## **1.7 La Voluntad Anticipada en otros Estados**

Tras el ejemplo puesto por el Distrito Federal y como ejercicio de réplica, estados como Aguascalientes, Baja California, Chihuahua, Coahuila, Colima, Estado de México, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Nayarit, Puebla Querétaro San Luis Potosí, Tabasco, Tamaulipas y Yucatán también avalaron sus

---

<sup>46</sup> Rocío González Alvarado, “Suman 6 mil 200 peticiones de la voluntad anticipada”, La Jornada sitio web, Sección “Capital”, recuperada por el Colegio de Notarios Recuperado de: <http://www.colegiodenotarios.org.mx/doctos/hemeroteca/2016/mar/10.pdf>

<sup>47</sup> Colegio de Notarios del Distrito Federal, “Inicia la 4ª campaña anual”. Consultado en la página <http://www.colegiodenotarios.org.mx/index.php?a=1976>

leyes locales de Voluntad Anticipada para sumarse a lo hecho por el gobierno capitalino<sup>48</sup> (Galeano; 2016).

Hasta septiembre de 2017, el estado de Durango discutía la iniciativa de Voluntad Anticipada para ser aprobada en dicha entidad. Maximiliano Silerio Díaz, diputado local por el PRI adelantó que diversos legisladores tanto de su partido como de otras fuerzas políticas redactaban un documento para avalar la voluntad anticipada en aquel estado<sup>49</sup>.

El último estado que se unió a favor de legislar sobre la decisión de los enfermos terminales fue Yucatán. Apenas en junio de 2016, el Congreso de dicha entidad aprobó por unanimidad la Ley de Voluntad Anticipada, la cual permitirá al igual que leyes similares en otras entidades, que enfermos terminales puedan decidir respecto a la forma de su tratamiento médico<sup>50</sup>.

Lo anterior se logró gracias a la fusión de dos iniciativas presentadas por las fracciones parlamentarias del PRD y del PAN, en donde se coincidió en la necesidad de proteger los derechos humanos de los ciudadanos en la etapa final de su vida.

En palabras del legislador local del PRD, David Barrera Zavala, explicó que la voluntad anticipada aplicada en el estado sureño se define como el derecho que cualquier persona tendrá, de manera voluntaria, para poder negarse a someterse a cualquier medio, tratamiento o procedimiento médico que pudiera prolongar de forma innecesaria su vida.

---

<sup>48</sup> Galeano Inclán Héctor. “5 cosas que debes de saber de la Voluntad Anticipada”, Forbes sitio web, Sección “Portada”. Consultado en la página <http://www.forbes.com.mx/5-cosas-debes-saber-la-voluntad-anticipada/#qs.C8h8wyo>

<sup>49</sup> Gilberto Lastra, “Ley de Voluntad Anticipada se discute en Durango”, Milenio sitio web, Sección “Región”. Consultado en la página [http://www.milenio.com/region/congreso\\_durango-ley\\_voluntad\\_anticipada-maximiliano\\_silerio-milenio\\_noticias\\_laguna\\_0\\_1022897802.html?print=1](http://www.milenio.com/region/congreso_durango-ley_voluntad_anticipada-maximiliano_silerio-milenio_noticias_laguna_0_1022897802.html?print=1)

<sup>50</sup> Israel Cárdenas, “Avala ley voluntad de enfermos terminales”, Sipse Milenio Novedades, Sección “Yucatán”, Consultado en la página <https://sipse.com/milenio/ley-voluntad-enfermos-terminales-anticipada-congreso-salud-tratamiento-208540.html>

Tras una breve revisión de las 19 iniciativas locales, todas las normas coinciden que cualquier persona mayor de edad, en pleno uso de sus facultades y con capacidad para realizar dicho trámite lo puede hacer y en ningún caso se promoverá bajo ninguna circunstancia la eutanasia.

Aunque el principal objetivo de todas las leyes anteriormente expuestas es que está dirigida a aquellos enfermos con algún padecimiento terminal o crónico degenerativo para que tengan la opción de decidir si desean continuar o no con algún tratamiento médico al que estén sometidos

En la mayoría de las leyes se expone como uno de los requisitos es que los pacientes también pueden acceder a esta práctica a través de un documento expedido y avalado por cualquier autoridad médica.

En cuanto a los familiares y/ o tutores del enfermo terminal, las jurisdicciones estatales señalan que cuando el paciente no pueda tomar por sí mismo una decisión acerca de su salud podrán sus familiares o la persona que haya designado la decisión correspondiente una vez que los médicos hayan emitido un diagnóstico sobre su enfermedad.

Para poder hacer uso de este derecho existen dos días: la primera es solicitarlo ante un notario público y la segunda es pedir un formato en cualquier hospital público o privado.

En el caso de la Ciudad de México, la Ley de Voluntad Anticipada en el artículo 29 fracción III señala que la Coordinación Especializada en materia de Voluntad Anticipada debe fomentar, promover y difundir la cultura de este trámite<sup>51</sup>.

Mientras que en la fracción V señala que se deben realizar campañas permanentes de sensibilización y capacitación dirigidas a la sociedad, personal de salud de la Secretaría y de las instituciones de salud de carácter privado, respecto a la materia de la Ley.

---

<sup>51</sup> Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, Asamblea Legislativa del Distrito Federal, última reforma publicada 2012, Capítulo Primero Disposiciones Preliminares, Artículo 2, inciso III.

Pese a que en la Ley de Voluntad Anticipada se estipula que debe existir una mayor difusión sobre esta ley, la realidad es que no existe una campaña para informar a la población sobre este tema, ni tampoco sobre la cultura del bien morir.

Sin embargo no existe una mayor difusión en diferentes medios para informar a la población sobre ello, es decir, sobre la cultura del bien morir.

Estimaciones hechas por el Colegio de Notarios prevén que la solicitud para el trámite de la voluntad anticipada irá en aumento en los próximos años ya que este tipo de acciones brindan certeza sobre los tratamientos que se desean recibir.

Aunque a nivel mundial existen clínicas, organismos e instituciones que brindan información sobre la voluntad anticipada, en nuestro país no existen campañas de difusión ni de información para poder explicar a la población este tema, o al menos, analizarlo.

## **1.8 Morir en el mundo**

A nivel mundial no existe ninguna autoridad en materia de salubridad que se haya posicionado sobre este tema.

De todos los tratados internacionales solamente en la Declaración Universal de los Derechos Humanos estipula que “la persona humana tiene el derecho a que se le reconozca la posibilidad de disponer de su propia vida, en situaciones especiales simplemente por respeto a su dignidad”.

México lleva un retraso de aproximadamente 50 años sobre todo lo que engloba a la eutanasia a comparación de naciones europeas como Holanda y Suiza que tienen dentro de sus marcos jurídicos esta práctica en sus esquemas de salud o lo tienen regulado con ciertas reservas.

Actualmente Holanda, Bélgica, Luxemburgo, Canadá y Colombia la tienen avalado mientras que naciones como Suiza y Japón está avalado el suicidio asistido, lo



anterior de acuerdo con un estudio comparativo recopilado por el Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública de la Cámara de Diputados.<sup>52</sup>

En Estados Unidos, si bien en aquel país está prohibido en todo su territorio ese tipo de prácticas, sólo los estados de Washington, Vermont, Montana, Oregon<sup>53</sup> y California tienen avalado el suicidio asistido.

De hecho este último estado aprobó también una ley que se espera entre en vigor este año y que permitirá a pacientes con enfermedades terminales con la condición que puedan demostrar su residencia en ese estado y poder tener derecho a poner fin a sus vidas.

El ejemplo más significativo del país norteamericano es el de Obregón (lugar en donde puso fin a su vida la maestra Brittany Maynard), que desde noviembre de 1994 se permitió la prescripción por parte de un médico de una sustancia letal para el consumo de paciente terminal. La ley denominada “Para una muerte con dignidad”, avala el suministro de dosis letales de medicamentos.

Para tener derecho a su aplicación, los enfermos terminales deberán obtener un certificado de dos médicos, que establezca que al paciente le quedan menos de seis meses de vida y que se encuentra en posesión de sus facultades mentales.

Estadísticas muestran que desde 1997, mil 173 personas han solicitado que se les aplique la eutanasia, sin embargo, sólo 752 la ejercieron.

---

<sup>52</sup> Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública de la Cámara de Diputados, Carpeta Informativa “Eutanasia”, México, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2007.

<sup>53</sup> Denisse Vergara, “Estados donde la muerte asistida es legal en EU”, El Universal, sección “ViveUSA”, Consultado en la página <http://www.viveusa.mx/articulo/2014/10/31/bienestar/estados-donde-la-muerte-asistida-es-legal-en-eu>

## 1.8.1 Canadá

Apenas en junio de 2016, Canadá se unió a la lista de los países que legalizaron la eutanasia ya que la nación norteamericana avaló el decreto C-14 que legalizar la “muerte medicamente asistida”, ya que estaba tipificada en el Código Criminal como “homicidio culposo”.

Este aval surgió ya que el Tribunal Supremo de aquel país dictaminó en febrero de 2015 que la ley entonces existente, que penalizaba la muerte asistida médicamente, era anticonstitucional por lo que dio al Parlamento un año para redactar una nueva ley. Un año después la Cámara Baja del Parlamento aprobó la propuesta para regular la eutanasia<sup>54</sup>.

De acuerdo con los lineamientos de la iniciativa, este derecho sólo aplica para todos aquellos enfermos terminales que residan en el país norteamericano excepto para niños ni a quien padezca un algún padecimiento curable.

Para poder tener acceder a ella, los enfermos solicitantes deberán padecer padecimientos dolorosos e incurables solicitando su petición por escrito con al menos 10 días de anticipación, así como contener la presencia de dos testigos independientes quienes corroboraran que no hubo ningún tipo de presión.

El enfermo que lo solicite debe hacerlo de manera expresa y determinando el momento para iniciar con la intervención médica. En caso de que el paciente se arrepienta, la solicitud puede ser revocada en cualquier momento e incluso podrá solicitarse de nueva cuenta las veces que quiera, ya que no hay límite para ello.

---

<sup>54</sup> EFE, “En Canadá aprueban ley que aprueba y regula la eutanasia”, ABC Color, Sección “Mundo”. Consultado en la página <http://www.abc.com.py/internacionales/en-canada-aprueban-ley-que-aprueba-y-regula-la-eutanasia-1490742.html>

Posterior a la solicitud, dos médicos estarán obligados a confirmar la condición médica del paciente en donde se señale su enfermedad terminal y el avanzado nivel de sufrimiento en el que se encuentra<sup>55</sup>.

En el caso de enfermedades crónico degenerativas como Alzheimer o Parkinson, la ley canadiense establece que no puede “apartarse” o decidir desde antes sobre la posible muerte del paciente.

Para evitar el llamado “turismo de muerte”, la norma sólo se practica en residentes canadienses lo que significa que ningún extranjero podrá solicitar que le apliquen dicho derecho.

En junio de 2005 Quebec se convirtió en la primera provincia canadiense cuya legislatura aprobó el derecho a morir.

El gobierno federal conservador buscó frenar esta medida, pero en diciembre de 2015 la Corte de Apelaciones de Quebec determinó que la decisión estaría a cargo de la Suprema Corte instancia que determinó que cualquier adulto que sufra de una condición médica grave e incurable tiene el derecho a acceder a una muerte asistida.

A nivel mundial se está incrementando la cifra de personas que recurren al suicidio asistido o a la eutanasia.

Prueba de ello, es que la Comisión de Control y Evaluación de la Eutanasia en Bélgica informó que durante 2016 cinco personas al día solicitaban se les aplicara haciendo un total de dos mil 25 ciudadanos, lo cual representó una cifra récord desde su legalización<sup>56</sup>.

---

<sup>55</sup> Notimex, “La eutanasia, legal en Canadá hace casi un año, aún enfrenta retos”, 20 minutos sitio web, sección “Salud”. Consultado en la página <https://www.20minutos.com.mx/noticia/201482/0/la-eutanasia-legal-en-canada-hace-casi-un-ano-aun-enfrenta-retos/>

<sup>56</sup> EFE, “Bélgica alcanza récord de eutanasias, en pleno debate sobre ampliara a los menores”, ABC España, Sección “Sociedad”, Consultado en la página <http://www.abc.es/sociedad/20130207/abci-record-eutanasias-belgica-201302071927.html>

La velocidad a la que aumentan las solicitudes no para de acelerarse: en 2003 fueron solo 234, pero ya en esta década se superó ampliamente la barrera del millar. En 2011 se practicaron mil 133, mil 432 en dos mil 012, mil 816 en 2013, mil 928 en 2014 y dos mil 022 en 2015.

Incluso la nación europea fue pionera en la implementación de una nueva norma ya que aplicó por primera vez la eutanasia a un menor de 17 años en fase terminal.

Desde la aprobación de esta norma en 2002, casi 15 mil personas se han sometido a la eutanasia en aquella nación. Según informes de la misma institución belga, la proporción entre hombres y mujeres es similar; la mayoría se realiza a domicilio y poco más de la mitad está en el segmento de edad de entre 70 y 89 años, siendo el cáncer es la enfermedad más habitual.

En aquella nación, la eutanasia es legal desde 2002 y está regulada para ayudar a quienes eligen morir porque padecen una enfermedad incurable.

Para obtener el permiso deben demostrar que sus facultades mentales están intactas y realizar la petición por escrito tras un periodo mínimo de reflexión. En el caso de los menores los requisitos son más estrictos: un psiquiatra infantil evalúa cada caso y la decisión no corresponde sólo al menor, sino que necesita el consentimiento de los padres.

La ley exige que el paciente haya decidido libremente morir y haya expresado repetidas veces este deseo, el cual deberán transcurrir cuatro semanas para poder ejecutar esta demanda.

La legislación belga permite el suicidio asistido también para pacientes que no se encuentran aún en la fase terminal. Dentro de este grupo se incluye también a personas que sufren trastornos psicológicos severos.

Aunque Holanda y Bélgica fueron las primeras naciones en avalarla, algunos otros países también ya llevan tiempo discutiéndola, sin embargo, algunos la han aprobado y después prohibido; mientras que otros simplemente la han vetado.

## 1.8.2 Australia

De manera cronológica, Australia se convirtió en el primer país a nivel mundial que avaló a eutanasia, sin embargo la ley fue prohibida años más tarde.

Incluso durante un año, de 1996 a 1997, se permitió la eutanasia voluntaria. Fue en septiembre de 1996, cuando el Parlamento del Territorio del Norte avaló una norma que daba paso a la eutanasia voluntaria bajo supervisión médica y sólo para las personas en situaciones de enfermedad terminal.

Sin embargo y debido a la presión de la iglesia cristiana y grupos pro-vida, el parlamento de Canberra aprobó seis meses después, en marzo de 1997, una norma para derogar la ley del Territorio del Norte.

Posterior a la derogación de esta ley, se estableció que tanto la eutanasia como el suicidio asistido están considerados como un delito en aquella nación.

Fue en la década de los 90, diferentes regiones de dicha nación avalaron la ortotanasia y dieron pie en sus normas locales a una llamada “declaración vital” que no es más que la voluntad anticipada.

En 1983, el territorio de Australia del Sur avaló la Ley para la Muerte Natural. Siete años más tarde, la provincia de Victoria aprobó una norma local en donde el paciente puede negarse a recibir tratamiento y el médico tiene la obligación de no iniciar o continuar con cualquier tipo de tratamiento médico. En caso de que el enfermo sea incapaz de decidir puede designar a una tercera persona para que pueda tomar cualquier decisión correspondiente.

En 1998 el territorio de Australia del Norte reguló una “declaración vital”, un documento parecido a la voluntad anticipada en donde el enfermo señala que no desea ser mantenida con vida en caso de padecer una enfermedad, lesiones o degeneración de las facultades físicas o mentales, cuando la muerte se convertirá en algo inminente.

### 1.8.3 Holanda

Esta nación europea se convirtió en el primer país a nivel mundial en despenalizar la eutanasia, acción que avaló en 2001 y que entró en vigor en ese mismo año<sup>57</sup>.

Como parte de su normativa, los holandeses la definieron como la terminación de la vida que lleva a cabo el médico a petición del paciente después de un proceso de evaluación muy delicado.

La cuestión de si tenía que limitarse la penalización de la eutanasia y cómo podría practicarse constituyó una amplia discusión política y social que abarcó más de 20 años y derivó en la creación de la Ley de la Comprobación de la Terminación de la Vida Propia y del Auxilio al Suicidio, así como modificaciones a los artículos 239 y 294 del Código Penal holandés.

Los cambios hechos al artículo 293 se establece que tras diferentes procesos reflexivos; el médico ha llegado al convencimiento que la petición del paciente es voluntaria, bien meditada y da cuenta que el padecimiento es insoportable y sin esperanzas de una posible mejoría.

Antes de la toma de cualquier decisión, el paciente tendrá el derecho de saber su situación médica y del panorama de su padecimiento, para que tanto médico como paciente estén conscientes de que no existe ninguna otra solución o tratamiento.

El médico deberá consultar por lo menos a un colega independiente que valore a su paciente y quién también determine no queda otra opción más que la terminación de la vida.

Sin embargo, si otra persona le quitara la vida a otro bajo el principio de homicidio piadoso y sin haber consultado a un médico, es sancionado con una pena de prisión de hasta doce años.

---

<sup>57</sup> Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública de la Cámara de Diputados, Carpeta Informativa “Eutanasia”, México, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2007.

En tanto, el artículo 294 establece que la persona que de una forma intencionada auxiliara a otro para que se suicide o le facilitara los medios necesarios para ello, se le castiga con una pena de prisión de hasta tres años.

En caso de que se tratara de un menor de edad, quien oscile entre los 16 y 18 años de edad pero que se encuentre en condiciones para que se realice una valoración médica; el médico podrá atender una petición del paciente de terminación de su vida o una petición de auxilio al suicidio, después de que los padres hayan participado en la toma de esa decisión.

Ambos artículos muestran que el homicidio piadoso está duramente castigado, pero que bajo la autorización médica se permiten algunas excepciones que ofrecen al médico la posibilidad de ayudar a un paciente sin que existan repercusiones o posibles sanciones.

Según datos publicados por la Comisión de Control de la Eutanasia de los Países Bajos en 2003 se registraron mil 815 casos, en 2004 mil 886, en 2005 mil 933. La mayor parte de los pacientes a los que se les aplica esta medida son enfermos de cáncer. En 2005 se practicó la eutanasia a tres enfermos de Alzheimer.

Mientras que en 2007 la cifra aumentó considerablemente: alrededor de dos mil personas reciben ayuda médica anualmente para morir.

#### **1.8.4 Suiza**

En diciembre de 2001, Suiza siguió los pasos de Holanda y aunque no permite a eutanasia dio paso al suicidio asistido al modificar el Código Penal para permitir el suicidio asistido, salvo en el caso de “intereses personales”.

Dicha ayuda consiste en proporcionar la asistencia necesaria para facilitar la muerte para quien así lo solicite pero no tiene los medios para hacerlo por sí mismo, en casos de personas conscientes y con una enfermedad incurable o mortal a corto plazo, incluso por personas que no sean médicos, “si es que no hay motivos egoístas”.

Información de la clínica Dignitas, un organismo suizo que ayuda y asiste a morir a personas con enfermedad terminal y enfermedades graves físicas y mentales, indicó que había facilitado el suicidio asistido a más de 450 personas, desde 1998.

Los últimos datos revelaban que el suicidio practicado de forma asistida, es decir, con la intervención de una segunda persona, es el causante de aproximadamente 0.2% de todas las defunciones en Suiza.

Mientras que alrededor del 10% de todos los suicidios que contabilizan las estadísticas oficiales, entre mil 300 y mil 400 eran “asistidos por otra u otras personas.

### **1.8.5 Francia**

En Francia la eutanasia está prohibida pero en 2005 el senado galo dio paso a la implementación de la voluntad anticipada.

Esto surgió tras el caso Léonetti, un hombre que peleó contra la administración francesa para que se diera paso a la creación de una norma en donde se reconociera el derecho del paciente terminal a rechazar cualquier tratamiento médico considerado inútil, o en su caso, deja que a muerte llegue de manera natural para el paciente.

Aunque no se permitió legalizar la eutanasia sentó un precedente para el debate de ese tema en aquella nación, e incluso, algunas de las disposiciones de la ley reconocen conceptos de la eutanasia o del campo de la voluntad anticipada.

Por ejemplo, de la voluntad anticipada se reconoce la validez de que el paciente deje un documento donde exponga sus decisiones respecto a la enfermedad que padece. El único hecho contraproducente es que ser redactada menos de tres años antes para que pueda ser válida la petición y sea tomada en cuenta por el médico.

Otro concepto que se instituyó en la ley francesa es la implementación de los cuidados paliativos; en donde si el médico constata que no puede tratar el dolor de una persona, en fase avanzada o terminal de una enfermedad grave e incurable,



más que aplicándole un tratamiento que pueda reducir sus malestares tendrá que informar al paciente, a la familia o a la persona de confianza que esté a cargo.

Si se tratase de un enfermo inconsciente y que no puede decidir por sí mismo; la decisión de interrumpir el tratamiento será realizada mediante un procedimiento colegial, consultando a la familia o persona de confianza y, en su caso, a las autoridades directivas y/o médicas.

### **1.8.6 Alemania**

Actualmente en Alemania se encuentra penalizado cualquier tipo de eutanasia o de suicidio asistido.

En 2003, el Tribunal Constitucional que es permisible acatar la voluntad de un paciente sólo en algunos casos cuando el sufrimiento de enfermo es causado por un mal que ha tomado un curso irreversible y mortal, pero este supuesto no aplica para el caso de los pacientes en estado de coma.

A finales de 2004 la entonces ministra de Justicia, Brigitte Zypries presentó una reforma para fortalecer los derechos de aquellos pacientes que padezcan una enfermedad terminal para que puedan decidir sobre la continuación o no de cualquier tipo de tratamiento médico. El personal médico acataría la voluntad del enfermo no sólo de manera escrita, sino también de manera verbal.

### **1.8.7 Reino Unido**

En Reino Unido, la eutanasia está prohibida y se castiga con hasta 14 años de prisión. Sin embargo pueden darse excepciones, para ello un tribunal pueden ordenar que se de alimentar al paciente terminal, pero no que se le dejen de administrar medicamentos.

Desde 1961, el Parlamento Británico elaboró un acta suicida en la cual se estableció que ya no sería un delito el suicidio, pero la misma ley consideró como delito ayudar, aconsejar, facilitar o instigar a otros a esta acción.

En fechas diferentes primero en 1963 y luego en 1969, se dieron a conocer proyectos de ley sobre eutanasia voluntaria. En el último de ellos, presentado a la Cámara de los Lores, se establecía la posibilidad de solicitar la eutanasia por escrito en caso de una enfermedad física grave e incurable, causante de un sufrimiento insoportable, pero ambas fueron rechazadas del mismo modo que otro proyecto análogo presentado en 1973.

### **1.8.8 Noruega**

En Noruega, los artículos 235 y 236 del Código Penal establecen que quien ayude a otro a morir; sea por piedad, una lesión grave o que le preste asistencia, principalmente a un enfermo incurable o le ayude a suicidarse, será penado como cómplice de homicidio consentido o por el delito de lesiones graves pero no será penado si la muerte no se produce o si las lesiones no lo hieren.

### **1.8.9 Dinamarca**

En Dinamarca, el Código Penal de 1930, regula en su artículo 239 el homicidio consentido condenándolo con prisión de hasta tres años, pero si existen motivaciones piadosas sólo es acreditable a una detención con una duración de mínimo 60 días. Si la muerte es consentida y operan los móviles de piedad, equivale al perdón judicial.

En tanto el artículo 240 castiga la ayuda al suicidio, aumentando la pena si la motivación del que asiste se basa en un interés personal, hasta con tres años de cárcel. Si el homicidio es realizado por móviles humanitarios, pero sin consentimiento, entonces se castiga como homicidio intencional aplicando la pena de privación de la libertad con un mínimo de cinco años.

## Capítulo 2

- "Es estúpido quien confiesa temer la muerte no por el dolor que pueda causarle en el momento en que se presente, sino porque, pensando en ella, siente dolor: porque aquello cuya presencia no nos perturba, no es sensato que nos angustie durante su espera". Epicuro (341 a.C. - 270 a.C.), filósofo griego

### 2.1 Morir en México

Diabetes, hipertensión, afecciones cardiovasculares, cáncer, insuficiencia renal crónica, sobrepeso y obesidad son las principales enfermedades crónico-degenerativas que tienen colapsado al sistema de salud mexicano según revela una nota publicada en el diario *El Universal*<sup>58</sup>.

Lo anterior es corroborado por datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) que hasta 2016 reportó que esos padecimientos son la principal causa de muerte entre los mexicanos y representan el 34.8 por ciento de las muertes totales, según publicó el diario *Su Médico*<sup>59</sup>.

Información consultada en el portal del INEGI en su apartado de Banco de Datos<sup>60</sup> revela que en 2015 murieron 655 mil 688 mexicanos, de los cuales 363 mil 732 fueron hombres y 291 mil 637 correspondieron a mujer; esta cifra es la más alta en comparación con los últimos cinco años.

Datos revisados y comparados señalan que en 2010 fallecieron 592 mil 018, en 2011 fueron 590 mil 693, en 2012, murieron 602 mil 354 personas a nivel nacional. En 2013 fallecieron 623 mil 599; mientras que en 2014 fueron 633 mil 641 personas. Es decir, la mortandad ha ido creciendo gradualmente.

---

<sup>58</sup> Perla Miranda, "Devoran 7 males 91 mil mdp en México", El Universal sitio web, Sección "Nación". Consultado en la página <http://www.eluniversal.com.mx/articulo/nacion/sociedad/2016/11/20/devoran-7-males-91-mil-mdp-en-mexico>

<sup>59</sup> Notimex, "¿Cuál es la principal causa de muerte en México?", Su Médico sitio web. Consultado en la página <https://sumedico.com/la-principal-causa-muerte-mexico/>

<sup>60</sup> Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Banco de Datos, Mortalidad, Consultado en la página <http://www.beta.inegi.org.mx/temas/mortalidad/>

Respecto a las causas de muerte, el INEGI expone en la tabla “Causas de defunción: Defunciones generales totales por principales causas de mortalidad, 2015” que entre las principales se encuentran enfermedades del corazón en primer lugar, seguida por padecimientos como diabetes mellitus, tumores malignos, accidentes, enfermedades del hígado, por mencionar algunos.

Le siguen enfermedades cerebro-vasculares, pulmonares, obstructivas crónicas, agresiones, influenza y neumonía, insuficiencia renal, ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal, desnutrición y otras deficiencias nutricionales, bronquitis crónicas, enfisema y asma, enfermedad por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, por mencionar las de mayor importancia.

De esa lista se detalla que del total de defunciones, 128 731 fallecieron a causas de problemas del corazón, de los cuales 88 mil 144 correspondieron a enfermedades isquémicas del corazón

El segundo lugar de lo ocupa la diabetes mellitus con 98 mil 521 personas; mientras que en tercero se encuentran los tumores malignos con 79 mil 514.

En cuarto se ubica a los accidentes, sin especificar de qué tipo, con 37 mil 184 y en quinto a enfermedades el hígado con 35 mil 718.

En sexto lugar donde se localizan las enfermedades cerebro-vasculares con 34 mil 106, en séptimo las enfermedades pulmonares obstructivas crónicas con 34 mil 106 fallecidos.

En octavo las agresiones con 20 mil 762, en noveno la influenza y neumonía con 18 mil 889, mientras que en décimo lugar la insuficiencia renal con 13 mil 300.

Pese a la numeraría, ni el INEGI ni las instituciones de salubridad detallan el número específico de enfermos en situación terminal, el estado en qué se encuentra su enfermedad y si están internados en nosocomios públicos o privados.

Un dato revelador lo muestra el diario *Milenio* quien en noviembre de 2011 publicó que el 75 por ciento de los enfermos terminales que mueren en los hospitales públicos lo hacen por la falta de una cultura del “bien morir” que existe en la sociedad<sup>61</sup>.

En la nota titulada “Desahuciados sufren más por culpa de sus parientes”, contiene una entrevista con Fernando Serafín entonces coordinador nacional de Capacitación de Tanatología de la Secretaría de Salud (Ssa) durante el sexenio de Felipe Calderón, quien explica que en mucho de los casos son los familiares del paciente quienes se aferran a mantener internado a su ser querido con la esperanza de “un milagro” de que se pueda recuperar, lo que es una de las principales causas para que los pacientes permanezcan en los hospitales.

En palabras del funcionario, esas acciones sólo generan prolongar la agonía del enfermo, además de que muchos se niegan a trasladar al paciente a su hogar para despedirse y aceptar lo inevitable.

En el texto se revela algo que en páginas oficiales no se encuentra: según la Secretaría de Salud federal (sólo en 2001, año que se aplicó la entrevista) 40 mil pacientes son diagnosticados con una enfermedad en etapa terminal, los cuales se suman a la lista de personas ya desahuciadas o que morirán por padecer etapas avanzadas de su enfermedad.

Se detalla que tres de cada cuatro enfermos terminales tienen una agonía más larga de lo necesario debido a la ignorancia y tabúes que existe en sus familias.

Para tratar de erradicar esta práctica, durante el sexenio del presidente Calderón en 2006, se dio la orden de que tanto en clínicas del sector público como en privadas se comenzara a operar con un programa de capacitación para generar conciencia y profesionalizar sobre el tema de la muerte.

---

<sup>61</sup> Milenio, “Desahuciados sufren más por culpa de sus parientes”, Recuperado por Zócalo sitio web, sección “Salud”. Consultado en la página <http://www.zocalo.com.mx/seccion/articulo/desahuciados-sufren-mas-por-culpa-de-sus-parientes1>

Lo anterior surgió para evitar que los enfermos tengan que morir en un hospital, muchas veces solos, y con ello, dar preferencia para que pasen sus últimos momentos en su hogar.

La nota expone que de acuerdo con la confirmación de autoridades de salud federales algunos enfermos terminales están en áreas restringidas, muchas veces en terapia intensiva, entubados, sedados, vencidos por las radioterapias y completamente solos.

Adicional a que los familiares se niegan a dejar morir a sus enfermos, en algunos casos doctores y especialistas tampoco contribuyen a que el paciente tenga una muerte digna, lo cual se conoce como obstinación terapéutica.

“Tradicionalmente los médicos hemos tratado de curar todo cueste lo que cueste y nos empeñamos en curar lo incurable usando lo más potente de la medicina. Esto es ensañamiento médico, algo inapropiado para un enfermo terminal”, expuso Serafín.

Durante 2007 las autoridades en materia de salud ordenaron que personal de psicología y psiquiatría, especialmente tanatólogos, trabajaran de manera conjunta con pacientes terminales y familiares para enfrentar el tema de la muerte, el duelo y cómo lograr una mejor calidad de vida hasta el final.

Milenio destaca que los hospitales del sector público pertenecientes al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) atienden a más de 90% de los enfermos terminales en el país.

El dato es preciso ante la falta de información en portales oficiales de las instituciones de salud que puedan arrojar datos sobre el número de enfermos terminales en el país.

## 2.2 Morir lento le cuesta al Estado

Cada año la atención a enfermedades como diabetes, hipertensión arterial, cáncer de mama, insuficiencia renal, por mencionar las que más afectan al sistema sanitario, le cuestan al sector salud más de 95 mil millones de pesos<sup>62</sup>.

Así lo dieron a conocer en abril de 2017 los directores generales de ambos institutos, Mikel Arriola, del IMSS y del ISSSTE, José Reyes Baeza al participar durante la Semana Nacional de la Seguridad Social organizada por la Comisión de Seguridad Social de la Cámara de Diputados.

Arriola Peñalosa detalló que en los últimos 35 años la población mayor de 60 años se ha quintuplicado, y con ello, enfermedades de este tipo las cuales se han incrementando exponencialmente y con ello los costos para poder atenderlas.

Debido al incremento, tanto en gasto como de atención médica para este tipo de enfermedades, ambos funcionarios federales anticiparon el establecimiento de protocolos para garantizar el respeto a la dignidad de los pacientes.

El director del IMSS anunció que a la brevedad dicha institución de salud implementaría un nuevo modelo de prevención para hacer frente a las enfermedades crónico-degenerativas y revertir en un plazo de entre 30 y 35 años el creciente gasto en esta materia<sup>63</sup>.

---

<sup>62</sup> Horacio Jiménez, "Enfermedades degenerativas cuestan 95 mmdp a IMSS e ISSSTE", El Universal, Sección "Nación", Consultado en la página <http://www.eluniversal.com.mx/articulo/nacion/sociedad/2017/04/4/enfermedades-degenerativas-cuestan-95-mmdp-imss-e-issste>

<sup>63</sup> Fernando Damián, "IMSS e ISSSTE gastan 95 mil mdp en pacientes crónicos", Milenio sitio web, sección "Política". Consultado en la página [http://www.milenio.com/politica/camara\\_de\\_diputados-obesidad-diabetes-enfermedades\\_cronico\\_degenerativas\\_0\\_932307057.html?print=1](http://www.milenio.com/politica/camara_de_diputados-obesidad-diabetes-enfermedades_cronico_degenerativas_0_932307057.html?print=1)

## 2.3 México, el país 42 para morir

Reino Unido es el mejor país a nivel mundial que da un “excelente” trato a quienes están muriendo mientras que Chile es el primero en Latinoamérica, según un estudio realizado por The Economist Intelligence Unit y que difundido por la agencia de noticias AFP<sup>64</sup>.

Dicha unidad de investigación, perteneciente a la revista The Economist, publicó un índice sobre “calidad de muerte” que estudia los cuidados paliativos en 80 países y advierte que el envejecimiento de la población convertirá este tema en uno de vital importancia para los servicios de salud.

El estudio destaca que el liderazgo del país europeo respecto a los cuidados de los pacientes “se debe a sus amplias políticas nacionales, a la gran integración de los cuidados paliativos en la sanidad pública a su fuerte red de centros para enfermos terminales, y aun fuerte compromiso de la sociedad en este tema”.

The Economist Intelligence Unit indicó que en el top 10 de los mejores lugares para morir se ubican Australia, Nueva Zelanda, Irlanda, Bélgica, Taiwán, Alemania, Holanda, Estados Unidos y Francia.

En el caso de América Latina, Chile es el primer país en aparecer en el listado al ocupar el número 7, seguido de Costa Rica y Panamá.

En tanto, México se sitúa en el lugar número 42 de 80 debido a que, pese a los esfuerzos hechos por el gobierno federal para impulsar los cuidados paliativos en los hospitales, existe una escasez de médicos y enfermeras capacitados para tratar a este tipo de pacientes.

---

<sup>64</sup> AFP, “Reino Unido es el mejor país para morir, México el 42”, Milenio sitio web, sección “Tendencias”. Consultado en la página [http://www.milenio.com/tendencias/mejores\\_paises\\_para\\_morir-reino\\_unido-mexico\\_42\\_pais\\_morir-the\\_economist\\_0\\_604739722.html](http://www.milenio.com/tendencias/mejores_paises_para_morir-reino_unido-mexico_42_pais_morir-the_economist_0_604739722.html)



Como parte del estudio se concluye que los cuidados paliativos serán de suma importancia debido a los “sísmicos cambios demográficos”<sup>65</sup>.

La Organización Mundial de la Salud<sup>66</sup> advirtió en 2014 que sólo el 10 por ciento de de los enfermos terminales contabilizados en el mundo reciben los cuidados necesarios para aliviar su dolor y los síntomas propios de la enfermedad que padecen.

Esto se refleja en el informe “Atlas Mundial de los Cuidados Paliativos en el Final de la Vida”, publicado en conjunto entre el organismo internacional y la Alianza Mundial de los Cuidados Paliativos, quienes estiman que cada año alrededor de 20 millones de enfermos en fase terminal necesitarán medicamentos paliativos como morfina para calmar su dolor.

Como parte del texto, ambas autoridades alertaron que la falta de conocimiento, de recursos y de acceso a los medicamentos son algunas de las razones por las cuales los cuidados paliativos no llegan a los más necesitados.

El organismo internacional precisó que cerca de un tercio de los pacientes terminales que necesitan cuidados paliativos padecen cáncer, seguido por enfermos del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y de tuberculosis.

La OMS destacó que a pesar de que la mayoría de los cuidados paliativos se proporciona en los países de altos ingresos, casi el 80 por ciento de la necesidad mundial de esos cuidados se concentra en los países de bajos y medianos ingresos.

---

<sup>65</sup> David Line, “The 2015 Quality of Death Index: Ranking palliative care across the world”, The Economist Intelligence Unit, Foundation Lien. Consultado en la página <http://www.eiuperspectives.economist.com/healthcare/2015-quality-death-index>

<sup>66</sup> Notimex, “Sólo el 10% de los 20 millones de enfermos terminales reciben cuidados: OMS”, MVS Noticias sitio web, sección “Internacionales, Consultado en la página <http://www.mvsnoticias.com/#!/noticias/solo-el-10-de-los-20-millones-de-enfermos-terminales-reciben-cuidados-oms-103>

## 2.4 ¿Qué son los cuidados paliativos?

Desde la aprobación en 2007 por la ALDF de la Ley de Voluntad Anticipada en el Distrito Federal se introdujo un concepto nuevo que pretende ayudar el dolor de los enfermos terminales: los cuidados paliativos.

Éstos buscan controlar el dolor y otros síntomas físicos, así como abordar las cuestiones psicosociales y espirituales que afrontan tanto las personas que padecen enfermedades terminales y como sus familias.

La Ley General de Salud los define como el cuidado activo y total de aquellas enfermedades que no responden a tratamiento curativo, en donde lo principal es el control del dolor y de otros síntomas, y a atención de aspectos psicológicos, sociales y espirituales.

Dos años después de la norma capitalina, a nivel federal, en enero de 2009 se hicieron reformas a la Ley General de Salud<sup>67</sup> para la implementación en materia de cuidados paliativos para otorgar al paciente en situación terminal, mayor de edad y en pleno uso de sus facultades mentales, el derecho a la suspensión voluntaria del tratamiento curativo y, como consecuencia, el inicio de una atención integral que disminuya el dolor o malestar hasta que ocurra la muerte natural<sup>68</sup>.

En el Título Octavo Bis, denominado “De los Cuidados Paliativos a los Enfermos en Situación Terminal”, detalla seis principales objetivos que son salvaguardar la dignidad de los enfermos en situación terminal para brindarles una vida de calidad a través de los cuidados y atenciones médicas necesarias para ello; garantizar una muerte natural en condiciones dignas a los enfermos en situación terminal.

---

<sup>67</sup> Ley General de Salud, México, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, última reforma 2017, Título Octavo Bis de los Cuidados Paliativos a los Enfermos en Situación Terminal.

<sup>68</sup> Liliana Alcántara, “El bien morir, derecho de unos cuantos”, El Universal sitio web, sección “Nación”. Consultado en la página <http://archivo.eluniversal.com.mx/nacion/172393.html>

Así como establecer y garantizar los derechos del enfermo en situación terminal en relación con su tratamiento, dar a conocer los límites entre el tratamiento curativo y el paliativo, determinar los medios ordinarios y extraordinarios en los tratamientos y establecer los límites entre la defensa de la vida del enfermo en situación terminal y la obstinación terapéutica.

Como parte de sus derechos a los que cuenta el paciente, reflejados en el artículo 166 Bis 3, se establece que podrá dejar voluntariamente la institución de salud donde esté hospitalizado y solicitar al médico que le administre medicamentos que mitiguen el dolor.

También, y cómo parte de esos derechos, podrá negarse o abandonar en cualquier momento cualquier tratamiento que considere extraordinario y siempre deberá dar su consentimiento por escrito para la aplicación o no de tratamientos y/o medicamentos dependiendo de su enfermedad, necesidades y calidad de vida.

Un punto que cabe resaltar es que el paciente terminal podrá optar por recibir los cuidados paliativos en su casa y la decisión de designar a un familiar o representante de confianza para que en caso de que con el avance de la enfermedad y esté impedido a expresar su voluntad, lo haga a través de quien haya designado.

Como parte de lo anterior, tendrá derecho a suspender de manera voluntaria cualquier tipo de tratamiento curativo y comenzar con los cuidados paliativos, los cuales estarán enfocados de manera exclusiva a la disminución de cualquier malestar o dolor.

Si el paciente se arrepintiera, puede solicitar recibir de nuevo el tratamiento curativo expresándolo por escrito ante el personal médico.

Cualquier persona mayor de edad puede acceder en cualquier momento y sin importar su estado de salud, puede expresar su voluntad por escrito ante dos testigos, quienes se encargaran de comunicar la decisión tomada por la persona en caso de que ésta no lo pueda hacer. Dicho documento podrá ser revocado en cualquier momento.

En tanto, el artículo 166 Bis 9 indica que los cuidados se proporcionarán desde el momento en que se diagnostique la enfermedad terminal mientras que el artículo 166 Bis 10 establece que los familiares del enfermo están obligados de respetar la decisión que tome el enfermo de manera voluntaria.

En cuanto a las obligaciones y facultades de los médicos y personal sanitario respecto los enfermos se especifica en el artículo 166 Bis 15 que deberán proporcionar toda la información que el paciente requiera, así como la que el médico considere necesaria.

Tiene la obligación de pedir el consentimiento informado del enfermo en situación terminal por escrito ante dos testigos para el tratamiento o medidas a tomar respecto de la enfermedad terminal y deberá informar al enfermo terina cuando el tratamiento curativo no esté dando resultados y sobre las opciones que existen respecto de cuidados paliativos.

Como parte de sus obligaciones tendrá que respetar la decisión del paciente en cuanto al tratamiento curativo y cuidados paliativos; así como procurar las medidas mínimas necesarias para preservar la calidad de vida de los enfermos en situación terminal.

También solicitará una segunda opinión a otro médico especialista cuando el diagnóstico de su paciente sea una enfermedad terminal.

En tanto, en el artículo 166 Bis 16 se señala que los médicos podrán suministrar fármacos paliativos a un paciente terminal siempre y cuando el objetivo sea para aliviar el dolor del paciente y jamás con la finalidad de acortar o terminar la vida del enfermo.

Mientras que el artículo 166 Bis 17 prohíbe que los médicos en ningún caso y por ningún motivo implementaran medios extraordinarios al enfermo sin su consentimiento y en el Bis 18 se señala que el personal médico no deberá aplicar tratamientos o medidas consideradas como obstinación terapéutica ni medios extraordinarios.

En el Bis 19 indica que el personal médico que deje de proporcionar los cuidados básicos a los pacientes terminales será sancionado conforme lo establecen las leyes.

Para ampliar las modificaciones previamente hechas en esta materia, en diciembre de 2014 la Secretaría de Salud federal ordenó que todas las personas que padecen un dolor debido a una enfermedad incurable tengan acceso a cuidados paliativos.

Lo anterior ya que el gobierno federal presentó dicha norma oficial dentro del sistema de salud con la finalidad de que se llevara en práctica dichas disposiciones sobre la atención al final<sup>69</sup>.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera a los cuidados paliativos como una parte esencial del sistema de salud y recomienda que los gobiernos implementen políticas de salud para promocionarlos, para asegurar la formación adecuada de los profesionales de la salud y garantizar el acceso a los medicamentos esenciales, incluidos los analgésicos opioides.

Dado que los cuidados paliativos no requieren equipos ni medicamentos costosos, generalmente pueden ser administrados a un precio relativamente bajo.

---

<sup>69</sup> Human Rights Watch, "México avanza en el cuidado para enfermos en fase terminal", Human Rights Watch Internacional. Consultado en la página <https://www.hrw.org/es/news/2014/12/10/mexico-avanza-en-el-cuidado-para-enfermos-en-fase-terminal>

Muchos estudios de investigación han demostrado la efectividad de este tipo de cuidados y algunos estudios han revelado que al final significa un ahorro de costos para los sistemas de salud debido a que reducen el uso de los servicios de emergencia y las hospitalizaciones.

## **2.5 México y los cuidados paliativos**

En octubre de 2014, la organización Human Rights Watch (HRW) presentó un resumen en donde aseguraba que cerca de 600 mil personas mueren cada año en México, casi la mitad a consecuencia de enfermedades crónicas como problemas cardiovasculares, diabetes, VIH o cáncer, sin embargo el acceso a los cuidados paliativos es muy limitado<sup>70</sup>.

De acuerdo con el reporte “Cuidar cuando no es posible curar: Asegurando el derecho a los cuidados paliativos en México”, sólo pocas instituciones de salud a nivel nacional ofrecen este tipo de servicio o que lo llevan al domicilio del enfermo.

Otro de los puntos detectados por el organismo internacional es que la mayoría del personal médico, como enfermeras y doctores, no está capacitado sobre los cuidados paliativos, así como pocos médicos tienen licencia para prescribir analgésicos fuertes que son esenciales en los cuidados paliativos.

“El hecho de que en algunos lugares haya disponibilidad de cuidados paliativos se debe, a menudo, más bien a los esfuerzos de los propios médicos o defensores de la causa que a la existencia de una política deliberada del gobierno, el sistema de salud o las compañías de seguros”, se señala en el documento de 127 páginas.

El informe se basó en una investigación realizada por Human Rights Watch llevada a cabo entre 2011 y 2014, en donde entrevistó a 115 personas entre familiares, trabajadores de la salud y funcionarios gubernamentales en la Ciudad de México, Chiapas, Jalisco y Estado de México y Nuevo León.

---

<sup>70</sup> Human Rights Watch, “Cuidar cuando no es posible curar: Asegurando el derecho a los cuidados paliativos en México”, Human Rights Watch Internacional, octubre de 2014. Consultado en la página <https://www.hrw.org/es/report/2014/10/28/cuidar-cuando-no-es-posible-curar/asegurando-el-derecho-los-cuidados-paliativos-en>

Como parte de los resultados obtenidos, HRW señaló que muchos pacientes terminan sin tener acceso a los cuidados paliativos, incluso cuando su seguro médico les da el derecho a recibir este tipo de atención.

Estados como Durango, Guanajuato, Jalisco y la Ciudad de México disponen de hospitales con doctores y unidades de cuidados paliativos, y en algunos casos con clínicas del dolor en cualquier tipo de institución de salud, ya sea Seguro Popular, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) o el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales.

Siete de los 32 estados de México--Coahuila, Guerrero, Hidalgo, Quintana Roo, Sinaloa, Tlaxcala y Zacatecas--no tienen ningún tipo de servicio de cuidados paliativos.

Otros 17 estados disponen de un solo servicio de cuidados paliativos, ubicado en la capital de cada uno de esos estados.

Para un gran número de mexicanos, cuando están muy gravemente enfermos, se sienten más frágiles y el dolor es más intenso, no hay ningún tipo de atención disponible o se encuentra a varias horas de distancia en transporte público.

Adicional a esto, el acceso a los servicios de cuidados paliativos y de medicamentos esenciales para el tratamiento del dolor es muy limitado.

El informe también encontró que las regulaciones en nuestro país respecto a analgésicos opioides resultan una carga tan grande que la gran mayoría de los médicos, especialmente aquellos que viven afuera de las capitales de estado, simplemente no recetaban estos medicamentos que muy pocas farmacias los tenían en reserva.

Otro obstáculo importante es el limitado acceso a la morfina y otros analgésicos opioides que son esenciales en el tratamiento del dolor de moderado a severo. La ley mexicana exige que las recetas para estos medicamentos contengan etiquetas con códigos de barras, que los médicos sólo pueden obtener en persona en las capitales estatales.

La falta de disponibilidad de analgésicos opioides se debe en parte a la falta de formación, pero también a los complejos requisitos de prescripción que desalientan a los médicos de obtener la licencia necesaria para recetar estos medicamentos y a las farmacias para almacenarlos.

Actualmente, estas etiquetas con código de barras sólo pueden obtenerse en un único lugar en cada estado mexicano y deben ser recogidas en persona, por lo que resulta un requisito muy complicado de cumplir.

Como consecuencia, la gran mayoría de los médicos, especialmente aquellos que viven fuera de las capitales de estado, carece de autorización para recetar estos medicamentos y por otra parte, muy pocas farmacias también los tienen en existencia<sup>71</sup>.

## **2.6 Llegar a más enfermos**

El 60 por ciento de las personas que padecen enfermedades crónicas degenerativas a nivel nacional no reciben atención médica por parte de especialistas que disminuyan el dolor durante la fase terminal de su padecimiento, según datos de la Secretaría de Salud del Distrito Federal en octubre de 2015.

Armando Ahued, titular de la dependencia, considero que los cuidados paliativos no deben limitarse a los últimos días de vida, sino aplicarse progresivamente a medida que avanza la enfermedad y en función de las necesidades de pacientes y familias, por lo que se requiere de una atención integral<sup>72</sup>.

Según estadísticas de la dependencia capitalina, dos terceras partes de los fallecimientos tienen que ver con enfermedades crónico-degenerativas que

---

<sup>71</sup> Human Rights Watch, "México: Sufrimiento incensario al final de la vida", Human Rights Watch Internacional, octubre de 2014. Consultado en la página <https://www.hrw.org/es/news/2014/10/28/mexico-sufrimiento-innecesario-al-final-de-la-vida>

<sup>72</sup> Redacción, "GDF busca que enfermos terminales tengan cuidados paliativos", Excélsior sitio web, sección "Comunidad". Consultado en la página <http://www.excelsior.com.mx/comunidad/2015/10/08/1050096>



incrementan con edad, lo que requiere que cada vez más enfermos requieran cuidados paliativos.

Reconoció que el alivio del dolor sigue sin considerarse como un aspecto principal en el manejo de las enfermedades, por parte de los profesionales de la salud, por lo que consideró necesario brindar capacitación en la materia, ya que la calidad de vida de un paciente depende del tratamiento correcto de los síntomas que padece.

## **2.7 Cuidados paliativos en los estados**

Jalisco es uno de los estados pioneros en la implementación de los cuidados paliativos.

Muestra de lo anterior es que en 1992, nació la Fundación Mexicana de Medicina Paliativa y Alivio del Dolor en Cáncer A.C (FMMP) que junto con el Nuevo Hospital Civil de Guadalajara “Dr. Juan I. Menchaca” instauró la primera Unidad de Cuidados Paliativos, un espacio donde se recibe a pacientes en fase terminal y brindarles tratamientos para controlar su dolor y no curarlo<sup>73</sup>.

Desde su inauguración hasta 2005, dicha fundación brindó atención a dos mil 500 pacientes en sus hogares, de acuerdo con información disponible en su página de internet<sup>74</sup>.

Durante su aniversario número 25 celebrado en octubre de 2017, el director del Nuevo Hospital Civil de Guadalajara, Francisco Preciado Figueroa detalló que la unidad a su cargo atiende actualmente a aproximadamente 350 pacientes y agregó que alrededor del 70 por ciento de todas las camas del hospital requieren cuidados paliativos o de control del dolor, independientemente del padecimiento que tengan.

---

<sup>73</sup> Perla Gómez, “Cuidados paliativos del Hospital Civil cumple 25 años”, Milenio sitio web, sección “Región. Consultado en la página [http://www.milenio.com/region/cuidados\\_paliativos-hospital\\_civil\\_guadalajara-enfermedades\\_cronicas-noticias\\_jalisco\\_0\\_1048095294.html?print=1](http://www.milenio.com/region/cuidados_paliativos-hospital_civil_guadalajara-enfermedades_cronicas-noticias_jalisco_0_1048095294.html?print=1)

<sup>74</sup> Fundación Mexicana de Medicina Paliativa A.C, sitio web. Consultado en la página <http://fmmp.org.mx/nuestra-historia/>

Apenas en enero de 2017, Jalisco se convirtió en el primer estado a nivel nacional en imponer un sistema y creando la primera Red de Cuidados Paliativos y Hospitales Libres de Dolor<sup>75</sup>.

Pacientes con cáncer en etapas avanzadas, y otras enfermedades crónicas podrán recibir tratamiento para su control, incluido el uso de la morfina y cuidados paliativos en centros de salud más cercanos a sus comunidades, sin tener que trasladarse a Guadalajara.

En rueda de prensa, el director general de Hospital General de Occidente (HGO), Miguel Ángel Van-Dick Puga, resaltó que el objetivo de la creación de esta red es mejorar e incrementar la atención a pacientes de las áreas de cuidados paliativos y control del dolor, así como la desconcentración de estos servicios y acercarlos a diversas comunidades del estado<sup>76</sup>.

"En el primero se capacitó a médicos, enfermeras y personal de los centros de salud de los municipios de Jalostotitlán, Yahualica, Arandas, San Miguel El Alto y Tepatitlán, además de la implementación de un software y la compra de sistemas de cómputo e impresoras", dijo.

En rueda de prensa, dio a conocer que esta red será operada por la Secretaría de Salud Jalisco (SSJ) a través del Hospital General de Occidente (HGO), en beneficio de aproximadamente 450 mil personas.

La iniciativa contará con un fondo superior a tres millones de pesos que se obtuvieron de la SSJ y por medio de un concurso realizado por la Dirección General de Calidad en Salud del gobierno federal.

---

<sup>75</sup> Rello Maricarmen, "En Jalisco crean primera red de Hospitales sin dolor", Milenio sitio web, sección "Región". Consultado en la página [http://www.milenio.com/region/hospitales\\_sin\\_dolor-cuidados\\_paliativos-enfermedad\\_terminal-milenio-noticias\\_0\\_893910949.html](http://www.milenio.com/region/hospitales_sin_dolor-cuidados_paliativos-enfermedad_terminal-milenio-noticias_0_893910949.html)

<sup>76</sup> Notimex, "Crean en Jalisco la primera red de Cuidados Paliativos en el país", 20 minutos sitio web, sección salud. Consultado en la página <https://www.20minutos.com.mx/noticia/184763/0/crean-en-jalisco-la-primera-red-de-cuidados-paliativos-del-pais/>

"Con esto, Jalisco se pone a la vanguardia a nivel nacional en cuanto al manejo del dolor", precisó.

A su vez, el jefe de la Clínica del Dolor y Cuidados Paliativos del HGO, Guillermo Aréchiga Ornelas, expresó que la primera Red de Cuidados Paliativos adherirá a nosocomios locales como el Hospital Regional de Tepatitlán y centros de salud de los municipios que conforman la Región Sanitaria III.

Recordó que la puesta en marcha del proyecto se dio en noviembre de 2016 y se prevé se consolide en diciembre de este 2017.

"En las áreas de medicina del dolor y paliativa del HGO anualmente se brindan de mil 800 a dos mil consultas anuales por padecimientos como cáncer, lumbalgia, osteoartritis, neuropatía diabética, neuralgias post-herpéticas y dolor postoperatorio", puntualizó.

## **2.8 Impulsar los cuidados paliativos y el derecho a muerte digna**

Con el objetivo de fomentar los cuidados paliativos de enfermos terminales y defender una muerte digna, la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) está tratando de modificar el plan de estudios y fomenta talleres en línea para los alumnos de la Facultad de medicina puedan conocer y defender estos derechos<sup>77</sup>.

Actualmente en términos de formación médica, sólo seis de las 102 facultades de medicina en México ofertan cursos sobre cuidados paliativos para estudiantes de pregrado, de estos cursos son obligatorios en sólo dos de ellas. Como consecuencia, muchos médicos y otros trabajadores de la salud carecen incluso de la preparación más básica en el cuidado de los pacientes que requieren atención paliativa.

---

<sup>77</sup> Notimex, "UNAM impulsa mediante taller cuidados paliativos y derecho a muerte digna", Radio Fórmula sitio web, sección "Notas". Consultado en la página <http://www.radioformula.com.mx/notas.asp?Idn=669072&idFC=2017>

En marzo de 2017, la Máxima Casa de Estudios presentó la segunda edición de la plataforma en línea “Cuidados Paliativos: Calidad al final de la Vida”, cuyo propósito es preparar al personal de salud y a especialistas para hacer frente sobre el tema de los cuidados paliativos.

Una de las propuestas de este taller digital es la promoción ante la Secretaría de Salud de un expediente médico que incluya una ficha en la que se registre la decisión del paciente respecto a su derecho de morir dignamente y en dado caso sobre la posibilidad de donar sus órganos.

Como parte de la presentación de este servicio digital, el rector de la UNAM, Enrique Graue destacó que se debe acelerar la capacitación del personal médico y enfatizó la importancia de que los ciudadanos deben conocer los cuidados paliativos, ya que ellos tienen el poder de decidir sobre el tipo de atenciones que desean recibir al final de sus días, pero sobre todo, a morir dignamente.

Resaltó que pese que en el marco jurídico ya se establece el derecho a los cuidados paliativos y a morir con dignidad, aun existe un atavismo por parte de médicos que se niegan a interrogar al paciente sobre la posibilidad de muerte cuando ingresan al hospital.

“Esas serán las causas de muerte que nos llevarán al deterioro, por lo que vamos a requerir de cuidados paliativos y queremos tenerlos para no sufrir dolores ni molestias, queremos acceso a ellos y queremos, en la medida de lo posible, morir en nuestras casas”, indicó.

Graue Wiechers señaló que impulsar en la UNAM este tipo de cursos en línea es fortalecer y crecer la capacidad este tema en el que “todavía estamos en pañales”.

A su vez, el ex rector de la Máxima Casa de Estudios Juan Ramón de la Fuente<sup>78</sup> aclaró que los cuidados paliativos no son sinónimo de eutanasia, sino el derecho a

---

<sup>78</sup> Teresa Moreno, “Pide De la Fuente respetar el derecho a elegir de los pacientes”, El Universal sitio web, sección “Nación”. Consultado en la página

decidir cómo vivir sin dolor y con calidad; por lo que falta mucha información y difusión, entre médicos y pacientes, para que la mayoría de la población lo conozca.

“Hablamos de la muerte, y al hablar de la muerte en el contexto actual, tenemos que empezar por decir que hay que respetar los derechos del paciente... Hay que hablar del tema y pensar en voz alta, hay que conocerlo mejor, hay que impulsar el principio fundamental de que lo que debemos hacer es respetar la elección del paciente, respetar su derecho a elegir; no estamos cometiendo nada ilícito, nada poco ético, por el contrario”, enfatizó.

Agregó que es de vital importancia escuchar los deseos del paciente y respetar sus derechos, en particular el de elegir lo que más crean conveniente para ellos.

El académico puntualizó que aunque el derecho a elegir (haciendo referencia a la voluntad anticipada) ya está integrado en distintas leyes, así como los cuidados paliativos en el reglamento de la Ley General de Salud señaló que hace falta mayor difusión e información entre los médicos y pacientes en general.

“El marco jurídico está casi en forma, ahora lo que necesitamos es empezar a hacer valer este derecho... Ahora la idea es preguntarles a las personas qué es lo que quieren que se les haga y qué quieren que no se les haga. Es un formato muy sencillo: cuando alguien llega a un hospital y se le hacen preguntas como parte de su historia clínica, ahora te preguntarían qué hacer si tienes un paro respiratorio ¿quiere que lo entubemos o no? la persona en uso de sus facultades puede elegir. Esto es un derecho”, resaltó.

## 2.9 La eutanasia y la bioética

En 2002, la Comisión Nacional de Bioética publicó el Código de Bioética para el Personal de Salud, con el objetivo de presentar una guía de conducta en el ejercicio profesional, con el fin de resolver diferencias en la prestación de los servicios a los enfermos y a sus familiares, así como entre personas y profesionales que intervienen en acontecimientos de la vida, particularmente relacionados con la medicina y la salud<sup>79</sup>.

“Para los médicos y personal que contempla el equipo de salud es, además, un sistema de reflexión moral en todos los acontecimientos de la vida, como constante llamada de alerta a efecto de respetar los derechos humanos, procurar siempre la beneficencia y la justicia, respetando la autonomía y dignidad de la persona humana y evitar la maleficencia con los enfermos y con los seres vivos en general, incluyendo el deber social de disponer y utilizar los recursos con responsabilidad racionalmente considerada en la justa distribución y en su utilización”, se detalla como parte de la presentación de dicho código.

El Código está dividido en ocho capítulos en donde se habla principios básicos, sobre la conducta bioética en la prestación de servicios de salud, el enfermo como centro de interés, las potestades bioéticas del personal de salud, responsabilidad de los individuos sanos y de los pacientes, relaciones interpersonales del equipo de salud, bioética en la investigación de salud y temas bioéticos específicos.

En cada uno, se establecen algunos artículos con ciertas particularidades relacionadas con el enfermo y su entorno.

Se expone que para la conformación del Código de Bioética para el Personal de Salud de México se consultó a distinguidos profesores de la salud, académicos y de ámbitos sociales afines a la salud para la conformación del proyecto.

“El compromiso de la conformación del Código de Bioética, donde se establezcan los aspectos genéricos de las conductas éticas en la prestación de los servicios de

---

<sup>79</sup> Código de Bioética para el personal de salud, Comisión Nacional de Bioética, última reforma 2002, Capítulo V –VIII

salud, que servirán de marco referencial a las guías específicas que se consideren necesarias en la operatividad de las unidades aplicativas del Sector Salud, instituciones formadoras de personal para la salud e instituciones universitarias y de enseñanza superior afines a la bioética”, se explica.

Como parte del capítulo tres, se detalla el trato que se debe dar al enfermo en donde se señala que éste es una persona que padece trastornos que alteran su estado físico, emocional y social, lo que los hace particularmente vulnerables, por lo que deben recibir un trato de consideración, amabilidad y respeto. Lo anterior también aplica para sus familiares, quienes también sufren y presentan angustias e inquietudes.

Respecto a las decisiones que pueden tomar los médicos, el artículo 10 de ese apartado señala que en caso de que el paciente sea incapaz de tomar una decisión acerca de su diagnóstico y tratamiento, y se encuentra ausente cualquier familiar o su representante legal; el personal médico y de salud podrá tomar las decisiones y aplicar las medidas que considere pertinentes.

Mientras que en el número 11 se indica que es deber de los médicos, al igual que de las instituciones de salud, monitorear a cualquier paciente que se padezca una enfermedad crónica y no deberá abandonarlos mientras se rehabilite o dure su padecimiento.

A su vez, en el artículo 12 se establece que todo el personal médico tiene la responsabilidad de estar dispuesto a atender a sus pacientes: de resolver cualquier diferencia, presentarle alternativas en su tratamiento y en caso de ser necesario y sólo cuando el caso lo amerite canalizarlo con otro colega o institución para que se le brinde la atención correcta y necesaria.

En lo correspondiente al paciente, en el número 14 de ese mismo apartado se señala que tanto éste, como su familia o su representante legal, deberán ser informados por el médico sobre su enfermedad, las alternativas para su tratamiento, las probables complicaciones y cómo evitarlas.

Lo anterior deberá tratarse de manera “humana”, con un lenguaje claro y veraz, de forma que sea evidente para el enfermo, lo que le permitirá ser partícipe en el manejo de su propia enfermedad.

En el número 20, se establece que el enfermo, en cualquier momento de su padecimiento, puede dejar por escrito su voluntad anticipada para con ello dejar por adelantado si quiere que se apliquen medidas extraordinarias o desproporcionadas en relación con los resultados esperados, con las que se intente prolongarle la vida, si no existen probabilidades razonables de regresar a una vida “física, psicológica o socialmente aceptable”.

En tanto, el capítulo cuarto denominado “Potestades bioéticas del personal de salud” indica en su artículo 28 que el personal de salud podrá negarse a aplicar cualquier terapia que vaya en contra de la práctica ética y de que a su juicio ponga en riesgo la vida del paciente y de su familia, incluso si la solicitud viene del paciente o cualquier otra autoridad médica superior a él.

En cuanto a la decisión del paciente sobre condición y estado de salud, el capítulo 5; denominado “Responsabilidades de los individuos sanos y de los pacientes”, indica que el consentimiento “válidamente informado del paciente” es la más “sólida” expresión de su autonomía, ya que al saber su diagnóstico se pueden plantearse las alternativas para su atención y para la toma de decisiones según el artículo 31.

“El consentimiento informado establece se autodeterminación para aceptar o rechazar métodos de diagnóstico, tratamiento y cuidados generales, excepto cuando de existir rechazo suponga riesgos de salud pública”, establece el documento.

Un punto a destacar y quizás uno de los más importantes, es que en el artículo 32 resalta que el paciente tiene derecho a que se respete su decisión de aceptar o no cualquier procedimiento de diagnóstico o tratamiento.

En este último punto también se aplica para niños, ancianos e incluso para pacientes con trastornos mentales leves, pero bajo la condición de que su estado



de madurez y lucidez es apropiado para tomar la decisión correspondiente, la cual será avalada por sus padres, tutores y/ o responsables a su cargo dependiendo de la situación.

De manera más específica y relacionada a lo concerniente a la eutanasia, el capítulo 8 titulado “Temas bioéticos específicos” detalla en su artículo 50 que el paciente terminal se le aplicará los procedimientos más actuales de medicina paliativa para aliviar en lo posible sus sufrimientos físicos y psicológicos, aunque eso pudiera acortar su vida sin que ello implique provocar su muerte.

# Capítulo 3

“La muerte dijo sí (la muerte dijo sí)...  
Yo digo que no (yo digo que no)...  
La vida dijo no (la vida dijo no)...  
Yo digo que sí (yo digo que sí)...  
Al final ¿qué importa, si muerto en vida sobreviví?  
Café Tacuba, Canción “Futuro”, 2017.

## 3.1 Morir ante la sociedad: el debate moral, social y religioso

“Ciudad asesina, ciudad inmoral” fue como calificó la Iglesia Católica la aprobación de la Asamblea Constituyente para la inclusión de una muerte digna en la Constitución Política de la Ciudad de México<sup>80</sup>.

A través de un artículo publicado en el Sistema Informativo de la Arquidiócesis de México (SIAME), el órgano religioso expresó su postura sobre la eutanasia a la cual considera como un delito, puesto que la vida es un “don de Dios que sólo él puede quitar”, por lo que toda institución o gobierno debe hacer todo lo posible para ayudar a conservar la vida propia y la de los demás.

“No es posible que ninguna persona, institución o gobierno considere que tiene derecho a quitar la vida. Resulta inconcebible, y a todas luces inmoral, que el Constituyente haya convertido en derecho lo que en realidad es un delito”, se lee en la publicación.

La Arquidiócesis aseguró que como representante de la Iglesia Católica siempre velará por que se hagan todos los esfuerzos posibles para ayudar a que el paciente se mantenga con vida.

---

<sup>80</sup> Astrid Rivera, “CDMX, “ciudad asesina”, dice Iglesia por aprobación de eutanasia”, El Universal sitio web, sección “Nación”. Consultado en la página <http://www.eluniversal.com.mx/articulo/nacion/sociedad/2017/01/5/cdmx-ciudad-asesina-dice-iglesia-por-aprobacion-de-eutanasia>

“Si la ciencia dictamina que una persona está viva y deja de suminístrale la ayuda necesaria para que continúe viviendo, en el fondo se está cometiendo el delito de asesinato, aunque lo disfrace de no está matando, sino dejando morir a la persona”.

Destacó que actualmente el dolor y el sufrimiento han influido en las decisiones para conservar o quitar la vida, lo cual “refleja el pensamiento de una sociedad en la que sólo es bien visto el confort y el placer; en la que el dolor o el sufrimiento parecen no tener lugar”.

“Muchas personas consideran que la vida no tiene sentido cuando hay dolor o sufrimiento; sin embargo ¿cuál sería la medida del dolor? ¿Hasta dónde se podría o tendría que soportar? ¿Qué duele más, el dolor físico o el dolor moral? En este sentido, la Sagrada Escritura y la Iglesia enseñan que el dolor y el sufrimiento son parte de la vida misma y pueden tener un sentido redentor”, argumentó como parte del texto.

Esta no es la primera ocasión que la Iglesia se involucra u opina en cuanto al tema de la eutanasia y/o la voluntad anticipada.

Y no sólo esta religión, también representantes de otros credos como los cristianos, evangelistas, judíos, musulmanes, mormones, por mencionar a los más importantes rechazan a aprobación de cualquier norma o ley que promueva o aliente a quitarle la vida a otra persona sea el argumento que sea.

Muestra de lo anterior es que en 2007 durante la discusión y aprobación de la Ley de Voluntad Anticipada en la Ciudad de México; representantes de las Iglesias evangélicas, ortodoxa griega, bíblica de México, ecuménica de Constantinopla, maronita y apostólica mexicana expresaron un enérgico rechazo a la propuesta que, según ellos, legitima “esta práctica de muerte”.

Los sacerdotes demandaron a los legisladores aplicar un referendo antes de votar la iniciativa, pues es “inaceptable” pretender abrogar “una ley de muerte ante los ojos de las Iglesias y confesiones cristianas”, y a espaldas “de la opinión madura del pueblo mexicano, sin someterla a una discusión más profunda y sin escuchar la verdadera voz popular”.

Quien más rechazo y oposición mostró sobre la Voluntad Anticipada fue la Iglesia Católica. La Arquidiócesis de México indicó que esa propuesta sólo fomentaría la eutanasia y la calificó como “una falsa falacia progresista que busca destruir la patria y esclavizar en el libertinaje a las personas”.

Quien también se posicionó fue el obispo auxiliar de la Arquidiócesis de México, Marcelino Hernández, al enfatizar que la vida debe respetarse desde el momento de la concepción “hasta la muerte natural”.

Desde el punto de vista de todas las regiones, Dios es el único dador de vida y el único que puede quitarla, por lo que cualquier tipo de eutanasia está prohibida y es mal vista desde los ojos del creador.

Aunque profesan diferentes dogmas y credos en algo coinciden las principales religiones: estar en contra de la eutanasia.

### **3.2 La muerte ante los ojos de Yahvé**

“Mira, Yo coloco hoy ante ti la vida y la muerte, y escogerás la vida.”

Deuteronomio 30, 15:19.

La legislación y dogmas judíos consideran a la eutanasia como un asesinato, independientemente de la severidad de la condición del paciente o de que tan negativo sea el diagnóstico médico, ya que no se debe realizar ningún esfuerzo consciente por acabar con la vida del paciente.

Es preferible que un individuo sufra una agonía o dolor muy grande a que tenga una muerte digna.

De acuerdo con un documento consultado y publicado en la página web del Comité Central de la Comunidad Judía en México<sup>81</sup> se explica que uno de los postulados básicos del judaísmo es la supremacía de la vida, la cual está basada en la idea de que el hombre fue creado a imagen y semejanza de Dios.

Cada fracción del cuerpo tiene el mismo valor, y a pesar de todas las concesiones que la ley judía propone para mitigar el dolor, no se debe dar alivio al sufrimiento a costa de la vida misma.

La vida del hombre puede ser reclamada solo por el Dador de la Vida. Mientras al hombre le sea concedida la Chispa de la Vida (forma en que así lo llaman los judíos) el hombre no puede asumir el rol de apresurar la muerte, no importa cuán desesperanzada y carente de sentido puede resultar la prolongación de la existencia a los ojos de la sensibilidad del mortal<sup>82</sup>.

El término hebreo equivalente a la eutanasia es *mitah yafah* que significa muerte placentera. Este concepto aparece varias veces dentro del Talmud, uno de los principales compendios de las leyes judías, en donde hace referencia a la tarea de reducir al mínimo la angustia de los criminales antes de su ejecución y nunca en el sentido de deliberadamente apresurar el fin de una persona que muere de causas naturales.

Para comprender las leyes del duelo es necesario conocer una de las ideas centrales del pensamiento judaico sobre la vida, basada en el texto bíblico que dice: “Y dijo el Señor, hagamos un ser humano a nuestra imagen y semejanza. Y creó al ser humano a Imagen Suya, en la Imagen de Dios lo creó”

El judaísmo no venera la muerte ni es importante en sí misma; se le valora únicamente en función de vida y de lo que ésta significa. La muerte contamina al cuerpo y lo vuelve impuro, por lo que tiene que ser enterrado con celeridad; sin embargo, es digno de un profundo respeto porque alojó la vida de un hombre.

---

<sup>81</sup> Tribuna Israelita, “La eutanasia en el judaísmo”, Tribuna Israelita sitio web. Consultado en la página <https://www.tribuna.org.mx/judaismo/609-la-eutanasia-en-el-judaismo.html>

<sup>82</sup> Jabad Argentina, “Eutanasia, la perspectiva judía”, Jabad Argentina sitio web. Consultado en la página <http://www.jabad.org.ar/sin-categoria/eutanasia-la-perspectiva-judia.html>

“La vida humana está considerada como una chispa divina, lo cual convierte al hombre en *shutaf* (socio) de Dios en la creación, y al cuerpo en el estuche de esa santidad”, se explica.

“Los que han nacido son destinados a morir y los muertos a resucitar. [...] Y sepas que todo está de acuerdo con el cálculo; y no dejes que tu impulso malo te dé la esperanza de que la tumba será tu lugar de refugio (que no existe otra vida); pues sin tu voluntad eres formado; sin tu voluntad has nacido; sin tu voluntad vives; y sin tu voluntad mueres; y sin tu voluntad tendrás que rendir juicio y cuenta ante el Rey de los reyes, el Santo Bendito sea Él... Morimos en contra de nuestra voluntad”, y es por eso que alejamos el pensamiento de la muerte lo más posible (Pirke Avot, 4:29)<sup>83</sup>.

Dentro del judaísmo, dos son los ritos de paso en los que coinciden los judíos religiosos y los no religiosos: el nacimiento y la muerte.

La ley judía también es sensible con el enfermo, por lo que prohíbe abandonarlo en lecho de un *guesisá* (cuando el enfermo está moribundo), así como ser tratado igual que cuando se encontraba sano y evitar aislarlo en una atmósfera artificial, sin permitirle participar en los problemas cotidianos de la familia o inclusive impedirle arreglar los asuntos referentes a su muerte<sup>84</sup>.

El Shuljan Aruj, otro de los más importantes códigos de las leyes del Judaísmo, estipula que un enfermo en su lecho de muerte es considerado como una persona viva en todos sentidos y que no se debe remover la almohada de una persona moribunda ni moverlo de su lugar o provocar molestias que aceleren su muerte.

No abandonar al enfermo es un *mitzvá* (mandamiento para los judíos) y de un gran valor humano y psicológico tanto para él como para su familia. En tanto que ir a visitarlo representa un *Bikur Jolim*, es decir, un deber.

---

<sup>83</sup> Yitzak Calafi, “La perspectiva del judaísmo sobre la eutanasia”, Centro Kehia sitio web. Consultado en la página <http://centrokehila.org/halaja/eutanasia>

<sup>84</sup> Paloma Cung Sulkin y Claudia Nierman, “Tierra para echar raíces. Cementerios judíos en México”, México, Conaculta, Primera edición, 2009, páginas consultadas 10-99.

“*Vayera Eilav...* Y Dios se le apareció a Abraham en Mamré a las puertas de su ohel (tienda de campaña)” (Génesis, 18:1). Dicen los sabios que Abraham venía de cumplir con la *mitzvá* de la circuncisión y Dios se le apareció para hacerle una visita e inquirir por su salud.

La presencia y apoyo de la comunidad hacia uno de sus miembros es de mucha ayuda, ya que aligera al paciente y a su familia saber que no se enfrentó sólo al momento de morir.

En épocas recientes, algunos rabinos han expresado una actitud más liberal y positiva respecto a la eutanasia y la voluntad anticipada.

Algunos citan un incidente descrito en el Talmud para explicar sus argumentos a favor de flexibilizar su postura sobre estos temas.

Según un episodio retrasado en el libro del Talmud; en el lecho de muerte del rabino Judah, El Príncipe (135-219); uno de los más destacados estudiosos de la época, sus discípulos se reunieron junto a él y rezaron por su recuperación.

Sin embargo, una de sus sirvientas, consciente de cuán intenso era el sufrimiento del rabino y lo inútil que sería prolongar su vida, arrojó un cántaro al suelo. El ruido atrajo la atención de los discípulos, quienes dejaron de rezar y el rabino murió.

Este incidente fue analizado siglos más tarde por el Rabino Nissim ben Reuben, quien concluyó que un judío puede dejar de rezar por una persona enferma cuyo dolor es intenso y para quien no hay esperanza de recuperación.

Un importante número de autoridades religiosas judías citan este mismo incidente para adoptar una actitud positiva sobre la voluntad anticipada e incluso, algunos rabinos, se han mostrado a favor para rechazar cualquier tipo de tratamiento terapéutico que prolongue artificialmente la vida de cualquier paciente que no tenga posibilidad de recuperarse, pero sólo en ese caso puede justificarse la suspensión de un tratamiento médico.

Lo anterior es reforzado a través de un video publicado en la página de internet del portal Enlace Judío<sup>85</sup> en donde varios rabinos coinciden que no se debe alargar a vida de forma artificial.

En la grabación con una duración de 16 minutos con 34 segundos, el rabino Shai Frondich, representante de la Comunidad Ashkenzi, indica que aunque se esté salvando la vida de una persona, lo único que se logra es que lo haga a través de una máquina y de forma artificial.

“La Torá y la ética nos llevan a pensar en la situación por la que el paciente y sus allegados están atravesando. En las Escrituras, se dice: “No hay que alargar la vida más de lo que es”. Se refiere a que si una persona ya no puede respirar por sí misma, no hay que volverla a conectar. Cuando hay muerte cerebral, se presenta el dilema: ¿se puede alargar la vida o hay que desconectar al paciente? En esta situación, una persona puede salvar a otras y es cuando se habla de trasplante de órganos, el cual, en el mundo ortodoxo moderno, sí se permite”, explica a través de la cámara.

A su vez, el rabino Abraham Tobal de la Comunidad Monte Sinaí relata que aunque se debe seguir administrando lo básico al enfermo como oxígeno o alimento pero se puede evitar conectarlo para que no viva de forma vegetativa.

“Dar lo elemental al paciente: alimento, oxígeno, pero dejar de prolongar la agonía, dejar de hacer algo nuevo-esto en caso de enfermos terminales: estamos dejando en manos de D-s su vida. Se puede evitar conectarlo para que siga viviendo en forma artificial. Se da la controversia cuando hay muerte cerebral pero el corazón sigue latiendo. Sin embargo, desde el punto de vista del judaísmo, sí se permite la eutanasia pasiva” especifica.

Los judíos también consideran que cuando una persona con una enfermedad incurable está sufriendo, los médicos no deben verse obligados a mantenerlo con

---

<sup>85</sup> Elena Bialostocky, “¿Está permitida la eutanasia en el judaísmo? Un documental de enlace judío”, Enlace judío sitio web, sección “Comunidad”. Consultado en la página <https://www.enlacejudio.com/2012/10/04/esta-permitida-la-eutanasia-en-el-judaismo-documental-de-enlace-judio/#prettyphoto/0/>



vida mediante el uso de maquinas, sino que deben dejar la decisión en manos de Dios.

### 3.3 La muerte ante los ojos de Alá

“... Quien matara a una persona que no hubiera matado a nadie ni corrompido en la tierra, fuera como si hubiera matado a toda la Humanidad.

Y que quien salvara una vida, fuera como si hubiera salvado las vidas de  
toda la Humanidad.”

(Corán 5; 32).

En el Islam no está permitida la eutanasia ya que aunque sea el dolor más pequeño, ya sea físico o emocional, hasta el más intenso es una expiación de las faltas y pecados de una persona y lo está preparando para llegar limpio ante Alá.

Sin embargo, sólo se permite desconectar al enfermo de las máquinas que lo sostienen o le prolongan la vida artificialmente si éste tiene declarada muerte clínica como es el caso de la muerte cerebral, ya que no se trata de aferrarse a la vida cuando médicamente no hay nada que hacer.

“Estas máquinas ayudan a los pacientes a respirar y a mantener el riego sanguíneo, pero si están muertos clínicamente y han perdido todos sus sentidos debido a un daño cerebral, no tiene sentido mantener el soporte de estas máquinas, debido además al alto coste que ellas suponen y al beneficio que pudiera tener para otros pacientes”, detalla el blog El Tiempo en el artículo titulado “Once argumentos contra la eutanasia, según el Islam”<sup>86</sup>.

Mohamed Al-Meksiki, director general del Centro Musulmán Salafi de la Ciudad de México explicó que cuando una persona es aquejada por algo más fuerte, como una enfermedad crónica o las personas que quedan estado vegetativo o con

---

<sup>86</sup> Julián Zapata, “Once argumentos contra la eutanasia, según el Islam”, El Tiempo blog sitio web. Consultado en la página <http://blogs.eltiempo.com/confesiones/2007/04/09/once-argumentos-contra-la-eutanasia-segun-el-islam/>

muerte cerebral; es que la persona pudo haber hecho en algún momento de su vida y en ese momento de sufrimiento, Dios está teniendo misericordia de la persona enferma, ya que lo está sanando para que llegué “lo más limpio posible” ante la rendición de cuentas en el juicio final.

“Es una misericordia de Dios, que a través de esos dolores y de esos sufrimientos que tú estás teniendo, desde los más pequeños hasta los más grandes, está Alá, con su misericordia, purificándote de algo malo que hayas hecho... Realmente todo aquello que te causa algún sufrimiento de cualquier tipo es una misericordia de Dios que está preparando para que llegues lo mejor posible y lo más limpio posible para llegar a su encuentro”, detalló.

Desde el punto de vista del Islam, la persona que cometa la eutanasia o el suicidio medicamente asistido está cometiendo un acto prohibido y puede obtener un terrible castigo.

“Estoy siendo piadoso con esta persona, que estoy acortando su sufrimiento. Tal vez lo entendería si fuera una persona enferma de cáncer porque una persona con cáncer pues realmente sufre mucho pero que tal si su sufrimiento es resultado de un accidente y queda con muerte cerebral pues en realidad no está sufriendo, no sabemos a nivel espiritual qué está sufriendo pero por algo está atravesando esa etapa. Pero de entrada el punto de vista religioso es no, no está permitido y no hay justificación para que tú lo hagas (la eutanasia)”, explicó.

Para el Islam, una muerte natural hace referencia en el momento en que el corazón de la persona deja de latir y hasta que Dios se lo permita, pues ese es el momento en que se debe de partir y que el sufrimiento de una persona puede ser una expiación.

“Creo que nosotros no tenemos derechos a interrumpirlo (la vida) para nadie porque no sabemos que, a lo mejor a través de eso (su sufrimiento), esa persona ya se libró de algo feo el día del juicio”, puntualizó.

“No se trata de decir que sea una muerte natural, porque la muerte natural como nosotros la sabemos es que el reloj biológico simplemente se ha apagado, porque tengas algún defecto genético, por la edad, o algún problema incluso si fuiste súper deportista simplemente eso es una muerte natural”.

Enfatizó que desde el punto de vista religioso se debe tomar en cuenta la voluntad de Dios, ya que existen casos de personas que pueden durar años en estado de coma o con alguna enfermedad que despiertan y pueden recuperarse.

“Nosotros no podemos disponer de eso, no sabemos a través de ese tiempo qué pasó o qué sucedió, si se les da una segunda oportunidad si los enfermos la tienen porque pensar que las personas que están postrados en cama no la puedan tener tú no sabes en qué momento Dios puede hacer el milagro... A lo mejor mi familiar está inconsciente o tiene muerte cerebral, quizás no puede opinar, a lo mejor el que tiene cáncer te dice que ya no aguanta pero no puedes cometer un asesinato porque aún no es su tiempo, tan no es su tiempo que Dios lo tiene con vida”, insistió.

### **3.4 La muerte ante los ojos de Jesús**

¿O no sabéis que vuestro cuerpo es templo del Espíritu Santo, que está en vosotros, el cual tenéis de Dios, y que no sois vuestros? Pues por precio habéis sido comprados; por tanto, glorificad a Dios en vuestro cuerpo y en vuestro espíritu, los cuales son de Dios.

Corintios 6:19-20

En palabras del pastor cristiano Benjamín Lomelí, líder de la Iglesia “El Buen Pastor”, Dios es el único que le puede quitar la vida a una persona, ya que tiene el tiempo para cada uno y si bien muchos morirán temprano, que no sea por un homicidio o un suicidio.

“Dios es el dador de la vida, y el que la da, la quita en su momento, cuando el hombre ya interviene para quitar una vida, aunque esa vida está en situación difícil, es un tipo de homicidio y nosotros (los cristianos) no estamos de acuerdo con eso”, dijo.

En entrevista realizada en la Iglesia donde predica, el líder cristiano insistió que nadie tiene derecho a quitarle la vida a alguien más, y aunque la persona lo decida, para Dios dicho acto es un tipo de suicidio porque la persona que pide alguna ayuda médica, en realidad se está suicidando y el suicidio es un pecado capital al igual que el homicidio.

“Dios no está de acuerdo con eso (eutanasia y suicidio medicamente asistido) ya que su palabra lo dice, no tienes derecho a quitarte la vida que él te dio, si tu lo haces, alteraste la ley divina y al momento que alteras la ley divina, no estás haciendo de acuerdo con los principios y decretos de Dios quien es el autor y consolador de la vida”, mencionó.

Lomelí explicó que la comunidad cristiana está a favor de que la ciencia haga su labor médica hasta donde pueda, pero si ya no puede hacer más, que la muerte sea de una forma natural.

“Si reacciona que bueno; si no reacciona, déjenlo naturalmente; para que así, la persona si pierde la vida fue porque su cuerpo no reaccionó, como se pensaba en un momento dado con el medicamento... Nosotros somos así (los cristianos), que sea natural la situación (la muerte), hasta donde pueda la ciencia ayudar que ayude, pero tampoco le quites la vida si todavía ese cuerpo está respirando o su corazón está latiendo”, enfatizó.

Agregó que tampoco están de acuerdo con aquellas personas que rechazan cualquier tipo de tratamiento médico; ya que desde el punto de vista del cristianismo, está haciendo que otra persona participe en una muerte de manera indirecta.

Señaló que en algunos casos la práctica de la eutanasia se realiza por la presión de la sociedad, lo que lleva a la gente a decir que tiene derecho a una muerte digna sin tomar en cuenta que están participando en un suicidio o en un homicidio.

El líder religioso, con una trayectoria de más de 20 años, señaló que muchas veces los enfermos terminales no saben que están haciendo con ellos y son inocentes de las decisiones que toman sus familiares o los médicos por ellos, ya que alguien está tomando un derecho que no les corresponde sobre esa vida.

Citó un salmo el Rey David donde menciona “Mi embrión vieron tus ojos y en tu libro están escritas todas las cosas que después yo conoceré, desde que vi tu libro en donde está escrito todo lo que ha sucedido y lo que va a pasar y conmigo” lo cual confirma la creencia de los cristianos respecto al derecho a la vida y del ser humano con el espíritu de Dios.

“Por eso no estamos de acuerdo con ningún tipo de suicidio bajo ninguna circunstancia, porque para cuando a ti te parece o para otros, que no hay ya nada que hacer, Dios siempre tiene una nueva oportunidad y te va a enseñar cómo hacerla, Dios ya tiene una salida para que sigas adelante”, subrayó.

Expuso que cuando una persona se suicida o que comete la eutanasia, desde el punto de vista teológico cristiano obtiene como castigo una condenación y tormento eterno: el alma en el infierno está sintiendo el tormento que lo llevó a esa decisión pero a la millonésima potencia; pero adicional a ese tormento, vendrá una resurrección en el juicio final y como se suicidó, no lo sufrirá solamente en alma, lo sufrirá también en cuerpo en el lago de fuego eterno que es una muerte segunda por la eternidad.

Sobre los cuidados paliativos, el Pastor indicó que como cristianos sí lo aceptan puesto que se busca aminorar el dolor y que no pase por tanto sufrimiento. “Si ayuda a que la persona en su proceso no sufra tanto, si no hay sanidad, si los medicamentos no traen la salud, pero el cuidado paliativo ayuda a que ese proceso el enfermo lo pueda pasar por una manera más adecuada”, dijo.

### 3.5 La muerte ante los ojos de la Iglesia Católica

“Cristo crucificado es una prueba de solidaridad de Dios con el hombre que sufre “

Juan Pablo II

Para la Iglesia Católica, la eutanasia significa matar y según el criterio que se emplee podemos distinguir diversos tipos, concepciones y consecuencias médicas y sociales de la eutanasia.

En dos pequeños impresos titulados “Eutanasia: debate, postura y ética” de Manuel Gómez Granados y en “Aborto, eutanasia y suicidio asistido” de Alicia Herrasti que pueden ser encontrados en aparadores de diferentes templos en la Ciudad de México, ambos autores desarrollan de manera más amplia la postura y visiones desde la perspectiva de la Iglesia Católica sobre este tema<sup>87</sup>.

En el texto de Gómez Granados, el autor explica que la eutanasia es siempre una forma de homicidio, pues implica que un ser humano dé muerte a otro a través de la omisión de la atención y los cuidados debidos al enfermo, lo cual por sentido común es moralmente rechazable.

Por lo anterior, para las personas creyentes y que profesan una religión, la vida humana es un don y un regalo divino al ser hijos de Dios, la cual es sagrada e inviolable porque pertenece a él.

Desde esta perspectiva, la Iglesia Católica propone el principio de la inviolabilidad de la vida humana de esta manera, rechaza la eutanasia y el suicidio asistido.

“Quienes promueven la eutanasia, consideran que el valor de la vida es extrínseco a ella misma y es dado por la salud, los recursos materiales y económicos, ciertos satisfactores o capacidades... cuando no existen estos bienes o no forman parte de la vida misma se considera que la vida ya no es valiosa ni útil”, se lee en el pequeño texto de 11 páginas.

---

<sup>87</sup> Manuel Gómez Granados, “Eutanasia: debates, postura y ética” México, Folletos Sociedad E.V.C., Segunda Edición, 2013, páginas consultadas 3-16.

Granados afirma que ante la inminencia de una muerte inevitable, es lícito tomar conciencia respecto a la decisión de renunciar a tratamientos que solamente supondrían un alargamiento precario y penoso de la vida, pero sin interrumpir los cuidados morales que se deben dispensar al enfermo en estos casos.

Específica que una decisión sobre el cuidado de la vida debe valorar bien los medios, el tipo de terapia, el grado de dificultad y de riesgo que conlleva, los gastos necesarios y posibilidades de aplicación, teniendo en cuenta que se puede esperar cualquier tipo de resultado tomando en cuenta de las condiciones del enfermo y de sus fuerzas físicas y morales.

Para la Iglesia Católica, si el tratamiento al que está sometido el enfermo no funciona o no es eficaz, es aceptable interrumpir la aplicación de estos medios cuando los resultados no corresponden con las esperanzas depositadas en ellos; al igual que también aceptable estar satisfecho con los medios ordinarios que la medicina puede llegar a ofrecer.

También se da por válido a recurrir a otro tipo de terapias o medicinas experimentales que le ayuden al enfermo en su calidad de vida siempre y cuando estos no presenten riesgos para su estado de salud.

“La verdadera piedad y compasión no es la que quita la vida sino la que la cuida hasta su final natural. Quien cediendo a una falsa compasión o una equivocada idea de progreso colabora directamente en dar muerte a alguien se hace cómplice de un grave mal moral y contribuye a minar los cimientos de la convivencia en la justicia. A nadie se le puede obligar a esa colaboración inmoral. En su caso, sería obligada la objeción de conciencia” se destaca.

En tanto para la autora Alicia Herrasti<sup>88</sup> destaca la importancia de los sacramentos, que en la teología católica son signos e instrumentos sensibles de la gracia de Dios que son transmitidos de diferentes formas, para el acompañamiento divino del enfermo y su familia en su malestar.

---

<sup>88</sup> Alicia Herrasti, “Aborto, eutanasia y suicidio asistido”, México, Folletos Sociedad E.V.C., Cuarta Edición, 2011, páginas consultadas 15 -20.

En este caso, el sacramento de la Unción de los enfermos, ayuda a tranquilizar al paciente ya que gracias a la acción del Espíritu Santo, proporciona al enfermo la “Gracia Santificante, paz espiritual, fortaleza cristiana, gozo en el Señor, y, si Dios quiere, algunas veces, la salud”.

La autora explica que no es prudente llamar al sacerdote hasta que el enfermo esté inconsciente “para que no se asuste” siendo una realidad que los Sacramentos ayudan enormemente en esos momentos tan difíciles.

No es ilícito privar al moribundo de la conciencia propia sin grave motivo, pues ante la muerte los hombres deben estar en condiciones de cumplir sus obligaciones morales y familiares y sobre todo, prepararse con plena conciencia, al encuentro definitivo con Dios.

Herrasti critica que una de las principales características de los atentados actuales” contra la vida consiste en exigir la legitimación jurídica del término de la vida como si fueran derechos que el Estado, al menos en ciertas condiciones, debe reconocer a los ciudadanos.

Insiste que cuando la Iglesia Católica declara que el respeto incondicional del derecho a la vida de toda persona inocente –desde la concepción a su muerte natural- es uno de los pilares sobre los que se basa toda sociedad civil, por lo ello insiste que se debe un Estado humano, que reconozca como su deber primario, la defensa de los derechos fundamentales de la persona humana, especialmente de la más débil.



### 3.6 Voces a favor de la eutanasia

Por el Derecho a Morir con Dignidad A.C. es una asociación civil mexicana que busca promover los cambios sociales y legales necesarios para se pueda avalar por una muerte digna “sin dolores innecesarios que transcurra en un ambiente de paz, en compañía de quien amamos” de acuerdo con la descripción que aparece en su página de internet <sup>89</sup>.

Ésta es la primera en su tipo a nivel nacional que apoya, defiende y difunde la importancia de la legalización de la eutanasia en nuestro país.

Como parte de sus objetivos generales buscan crear espacios de discusión donde se promueva la reflexión sobre el derecho a morir con dignidad y a sus alcances; difundir los derechos a los pacientes, específicamente cuando se trate de recibir suficiente información sobre su diagnóstico médico; evitar a prolongación inútil de la vida y el sufrimiento innecesario.

También buscan fomentar en la autonomía y libertad, así como la protección de ambas, sobre la decisión de las personas sobre su propia muerte en el contexto de la sociedad mexicana y en el marco del respeto a los derechos individuales.

Otros de sus objetivos específicos señalados en su página de internet son organizar convocatorias de escritura sobre la muerte con dignidad, crear una red de afiliados, así como defender la muerte con dignidad como un derecho humano fundamental y apoyar los pasos hacia su legislación y difundir la Voluntad Anticipada.

Como parte de su trabajo para conocer la promover y dar a conocer este tema entre la sociedad en agosto de 2016 esta asociación realizó la Primera Encuesta

---

<sup>89</sup> Por el Derecho a Morir con Dignidad A.C, “¿Quiénes somos?”, Por el Derecho a Morir con Dignidad A.C sitio web. Consultado en la página <http://dmd.org.mx/>

Nacional sobre la Muerte Digna, hecha de manera conjunta por la asociación Investigación en Salud y Demografía (Insad), que arrojó resultados variables<sup>90</sup>.

Por ejemplo, siete de cada 10 mexicanos están a favor que se aplique la eutanasia en casos donde el paciente padezca una enfermedad en fase terminal o dolorosa.

Respecto a la pregunta de qué tan seguido piensa en su propia muerte, un 13 por ciento afirmó que lo hace muy frecuentemente (casi todos los días), en tanto que un 9.7% aseguró que con cierta frecuencia (una vez a la semana), un 30 por ciento que pocas veces lo hace (una vez al mes y la mayoría, con un 46.3 por ciento indicó que casi nunca (como una vez al año o menos).

Ante el cuestionamiento de con quién ha hablado de su propia muerte, el 38.8 por ciento aseguró que con nadie, el 23.6 por ciento que con su pareja, el 4.3 por ciento con su padre, el 8.2 por ciento con su madre.

Un 11 por ciento afirmó haberlo hablado con sus hijos e/o hijas, un cinco por ciento afirmó haberlo hablado con sus hermanos o hermanas, un 6.8 por ciento con sus amistades. Se destaca que sólo un .7 por ciento indicó que ha hablado de su muerte con su médico.

En contra parte muy pocos afirmaron haberse acercado con algún religioso o con alguien relacionado a la iglesia, muestra de ello es que un .3 por ciento dijo que ha habado el tema de la muerte con un sacerdote/ pastor/rabino y sólo un .2 por ciento afirma haberlo hablado “directamente con Dios”.

A la pregunta sobre qué tanto la preocupa la forma en que puede morir, un 38 por ciento dijo que mucho o poco; en contra parte la mayoría, es decir un 62 por ciento, indicó que poco o nada le preocupa la forma en la que va a morir.

---

<sup>90</sup> Etcétera, “Siete de cada 10 mexicanos están a favor de la eutanasia”, Etcétera sitio web, sección “Notas”. Consultado en la página <http://www.etcetera.com.mx/articulo/Siete+de+cada+10+mexicanos+est%C3%A1n+a+fav+or+de+la+eutanasia%3A+encuesta/50180>

Sobre el lugar donde preferiría morir, el 78 por ciento de los encuestados expresó que prefería hacerlo en su casa y sólo el 4.1 dijo que en un hospital. Pero lo realmente escalofriante es que el 17.9 por ciento dijo que le era indiferente el lugar donde pasaría sus últimas horas.

Sobre quién le gustaría estar acompañado en el momento de morir el 88.5 por ciento expuso que si le gustaría estar acompañado de alguien, mientras que el 11.5 dijo que le gustaría estar solo al momento de morir.

Respecto de quién le gustaría estar acompañado al momento de morir, el 51.7 por ciento dijo de que de su pareja, el 16.7 por ciento de su padre, el 23.7 por ciento de su madre, el 15.8 por ciento de su hermano o hermanos, el 56.4 por ciento de sus hijos. Sólo un .6 por ciento dijo que le gustaría estar acompañado de un sacerdote, un rabino o un pastor.

Acerca de que si los médicos deben ayudar o no a los pacientes a vivir mejor el final de su vida el 27.3 por ciento afirmó que sí en general se debe ayudar a todos, contra un 11.8 por ciento que dijo que ninguno ayuda a sus pacientes

Sobre si los familiares de un paciente lo ayudan o no a vivir mejor al final de su vida un 46 por ciento dijo que sí en general todos ayudan, un 42.7 por ciento que sí pero solo algunos y el 3.1 por ciento que ningún familiar ayuda.

De manera específica a la pregunta: “Si un paciente se encuentra en la fase terminal de su enfermedad con un sufrimiento que ya no se puede evitar ¿Cree que debería tener la opción de decidir adelantar su muerte?”, Un 68.9 por ciento afirmó que sí debería dárseles esa opción contra un 31.7 por ciento rechazó que se les debería dar este tipo de alternativas.

Lo mismo sucede ante el cuestionamiento: “¿Estaría de acuerdo o en desacuerdo con que su médico lo ayude a morir suspendiendo el tratamiento que lo mantiene con vida?”, Un 68.8 por ciento está de acuerdo y un 31.2 señaló estar en contra.

El 58.3% señaló estar de acuerdo con la aplicación de medicamentos letales a solicitud del paciente, mientras que un 41.7 por ciento se mostró en desacuerdo.

El 56.4 por ciento indicó estar de acuerdo que sea el propio paciente quien ingiera los medicamentos que le proporcione un doctor para acabar con su vida contra un 43.6 por ciento que dijo estar en contra.

Si un paciente está en estado inconsciente y los familiares solicitan al médico que suspenda otro tipo de tratamientos que lo mantienen con vida ¿Estaría de acuerdo o en desacuerdo con que el médico lo haga? Un 55.9 por ciento aprobó la idea contra un 44.1 que dijo estar en desacuerdo.

Ante la pregunta de si han tenido la experiencia con alguien cercano a usted que tuviera una muerte con sufrimiento que ya no se pudiera evitar, un 44.1 por ciento dijo que sí ha estado cerca de alguien que ha padecido un dolor crónico, mientras que un 52.8 por ciento contestó nunca estar en una situación así.

En caso de usted se encontrara en la fase terina de una enfermedad con un sufrimiento que ya no se pudiera evitar ¿Le gustaría tener la posibilidad de pedir ayuda a su médico para adelantar su muerte, si usted así lo decidiera? Un 63.6 por ciento dijo que sí pediría la ayuda de su médico y el 36.4 por ciento dijo que no.

Sobre esta misma pregunta pero de manera desglosada del 100 por ciento que respondió que dijo que sí, del 100 por ciento de los hombres el 64.8 por ciento dijo que sí querría que personal médico le ayudará a adelantar su muerte, contra un 35.2 por ciento que respondió que no.

En el caso de las mujeres, el 62.5 por ciento dijo que sí le gustaría tener ayuda médica para morir, mientras que en contra respondieron 37.5 por ciento.

En cuanto al nivel de escolaridad, también se nota una diferencia muy marcada. A la misma pregunta de si le gustaría tener ayuda médica al momento de morir las

personas sin ningún grado de estudios un 40.1 por ciento dijo que sí mientras que en contra respondieron 59.9 por ciento.

Personas con nivel primaria, 53.3 por ciento dijo que sí contra un 46.7 por ciento que dijo no. A nivel secundaria un 66.4 por ciento respondió que sí y un 33.6 por ciento dijo que no. A nivel preparatoria, un 73.4 por ciento dijo que sí y un 26.6 por ciento dijo que no, mientras que a nivel profesional y posgrado un 72.9 por ciento dijo que sí y un 27.1 por ciento dijo que no.

A la misma pregunta pero fragmentada a nivel de religión, las respuestas varían. En el caso de la religión católica, el 64.3 por ciento afirmó que sí le gustaría tener ayuda médica, en el caso de los Evangélicos un 43.7 por ciento respondió que sí, en el caso de los cristianos un 54.6 por ciento también respondió que sí, lo mismo los Testigos de Jehová con un 52.7 por ciento y miembros de otra religión con un 43.5 por ciento.

Para quienes les gustaría tener la posibilidad de pedir ayuda a su médico para adelantar la muerte se les pregunto qué elegiría que le aplicara directamente una dosis letal de medicamentos o preferiría que sólo se la entregara para que usted mismo se lo tomara, un 57 por ciento dijo que pediría que se le aplicara directamente el médico, un 32.7 dijo que la tomaría por sí mismo.

En caso de estar demasiado frágil por la enfermedad y no poder hablar ¿Quién le gustaría que hablará por usted? Un 35.7 por ciento contestó que su pareja, un 25.7 por ciento que sus hijos, un 15.8 su madre, un 8.4 por ciento que sus hermanos, un siete por ciento dijo que su padre, que nadie hable por la persona un 4.9 por ciento y que decida alguien que lo estuviera cuidando un .3 por ciento.

Ante la pregunta si usted se encontrara en estado inconsciente irreversible ¿Le gustaría que le prolongaran la vida artificialmente? Un 79.3 por ciento respondió que no, contra un 20.7 por ciento que dijo que sí quisiera que prolongaran su vida.

Sobre si han pensado en dejar por escrito ese deseo de que no se les prolongue la vida de manera artificial, solamente un 30.7 por ciento respondió que sí lo dejaría por escrito contra un 69.3 por ciento que respondió que no.

Al preguntar si piensan que hay vida después de la muerte, un 59 por ciento dijo que sí, un 40.8 por ciento y un .2 por ciento dijo no estar seguro.

Si han escuchado hablar de la Ley de Voluntad Anticipada, un 80.9 por ciento dijo no haber escuchado de dicha ley y un 19.1 que dijo que sí.

Para quienes hayan escuchado hablar de la Voluntad Anticipada se les preguntó si contaban con un documento de voluntad anticipada a lo que sólo el 4.3 por ciento dijo que sí contaba con un documento de este tipo y el 95.7 por ciento dijo que no.

Sobre si deben cambiar las leyes para permitir que los enfermos puedan recibir ayuda para terminar con su vida si así lo deciden, un 71.3 por ciento mencionó que sí deben cambiarse contra un 28.7 por ciento que dijo que no.

Otras casas encuestadoras como Parametría, Consulta Mitofsky, BGC, Ulises Beltrán y Asociados y María de la Heras, por mencionarlas las de más renombre, han realizado ejercicios similares y sus resultados han sido variables como la opinión de los mexicanos, lo cual refleja lo polarizado y dividido que se encuentra esta tema en nuestro país.

Sin embargo, existe una mayoría que se muestra a favor de que se realice esta práctica a quienes padezcan una enfermedad dolorosa o en fase terminal.

En febrero de 2008, la encuestadora Parametría realizó un ejercicio en conjunto con El Colegio de México, el cual arrojó que el 59 por ciento de los mexicanos considera que los médicos deberían tener el derecho legal para quitare la vida a un paciente que sufre de una enfermedad incurable, ya sea a petición del mismo

paciente o de sus familiares, es decir, seis de cada 10 está a favor; contra un 35 por ciento que se mostró en contra<sup>91</sup>.

Información metodológica de la encuesta muestra que los jóvenes entre 18 a 25 fueron quienes más apoyaron la idea, ya que el porcentaje fue de 67 por ciento a comparación de un 27 por ciento que se mostró en contra. Lo mismo sucede con el segmento de 26 a 35 años quienes también avalaron con un 65 por ciento contra un 27.

El segmento que más se mostró en contra fue los de 56 o más con un 50 por ciento que rechazó terminar con la vida de alguien enfermo contra un 41 por ciento que avaló la idea.

Dos años atrás, en noviembre de 2006, la misma empresas realizó un ejercicio similar pero con resultados diferentes.

Ante la pregunta ¿Usted aprueba o desaprueba que se termine con la vida de un paciente en caso de que un grupo de especialistas pruebe que la enfermedad del paciente no tiene cura? el 46 por ciento del total de las personas encuestadas desaprobó dicha acción contra un 39 que la dio por válida<sup>92</sup>.

Al preguntar al mismo grupo de personas, el 51% (en su mayoría mujeres) respondieron estar en desacuerdo de que se termine la vida de un paciente sólo por estar desahuciado.

Ante la duda si para el encuestado era aceptable o no que el doctor le permita morir a un paciente que tiene una enfermedad incurable con alguna inyección o alguna droga, el 48 por ciento señaló que no aceptable contra un 41 que afirmó que sí lo era.

---

<sup>91</sup> Parametría, “Mexicanos en favor de la eutanasia”. Consultado en la página [http://www.parametria.com.mx/carta\\_parametrica.php?cp=4100](http://www.parametria.com.mx/carta_parametrica.php?cp=4100)

<sup>92</sup> Parametría, “Eutanasia: mexicanos ante la muerte asistida”. Consultado en la página [http://www.parametria.com.mx/carta\\_parametrica.php?cp=4042](http://www.parametria.com.mx/carta_parametrica.php?cp=4042)

Este ejercicio mostró algo revelador: Los jóvenes entre 18 y 25 años, aquellos mexicanos que poseen estudios universitarios o más y que casi no asisten a una iglesia, muestran una tendencia de apoyo a la eutanasia.

En marzo de 2007, la empresa BGC Ulises Beltrán y Asociados realizó otro ejercicio similar en donde se arrojó el 70 por ciento de los encuestados indicaron que la eutanasia es un asesinato. La misma muestra indicó que el 67 por ciento opinó que la eutanasia es una práctica contraria al Estado de Derecho porque atenta contra la vida.

Mientras que el 58 por ciento se mostró a favor de permitir que se ayude a morir a una persona desahuciada o en fase terminal.

Previamente en octubre y mayo de 2005, BGC Ulises Beltrán y Asociado había hecho una encuesta en donde los resultados fueron un poco parecidos a los de 2007.

En este caso, 55 por ciento de los encuestados indicó que estaría de acuerdo en permitir ayudar a una persona en fase terminal, sólo abajo tres puntos porcentuales de lo arrojado en 2007. Mientras que en mayo de 2005, el 56 por ciento de los encuestados indicó que estaría de acuerdo con que se legalizara la muerte asistida en México.

En junio de 2007, Consulta Mitofsky nuevamente hizo otro estudio en donde el resultado a nivel nacional demostró que un 56 por ciento de la población está de acuerdo en que se legalizara la muerte asistida en México.

Pero en octubre de 2005 había hecho uno anterior en donde el 64 por ciento de la población encuestada señaló en estar de acuerdo en que se legalice la eutanasia en nuestro país, así como un 58 por ciento señaló estar en desacuerdo con que la ley castigue a quien ayude o permita que muera un familiar de manera asistida a petición de éste.



También en octubre de 2005, la encuestadora María de las Heras había hecho su propia encuesta la cual reveló que el 75 por ciento de los participantes aceptó que la decisión de vivir con una enfermedad incurable, estar totalmente inhabilitado o tener derecho a pedir una muerte asistida sólo le corresponde al enfermo.

Mientras que el 53 por ciento de los participantes opinión que si se legaliza la eutanasia se puede dar lugar a una serie de asesinatos o de abusos.

### **3.7 Legislar a favor de la muerte**

Especialistas y legisladores coincidieron que la ciudadanía debe de participar de manera activa para lograr que el tema de la eutanasia avance y reconocieron que de existir un caso emblemático de un enfermo terminal que llegue a la Suprema Corte de Justicia de la Nación se pudiera debatir de nueva cuenta el tema y se obligaría al Poder Legislativo al menos a analizarlo.

La integrante de la Asociación “Por el Derecho a Morir dignamente” Asunción Álvarez del Río indicó que si se presentara una legislación puntual y clara sobre los casos en los que podría aplicar ésta medida no existirían controversias y se respetaría la decisión de las personas que se solicitan que se les aplique.

Aclaró que avalar una ley a favor de la eutanasia, no va a obligar a nadie a aplicarla o a recibirla simplemente abriría la posibilidad de que los enfermos que la quieran o la soliciten la puedan recibir; mientras los que no, no están obligados a recibirla.

“Yo creo que sí el Estado establece una regulación adecuada ya no tiene porque meterse más y debe confiar en esa regulación y no tiene porque impedir el ejercicio de la libertad de una persona, yo creo que lo que habría que criticar es que el Estado lo prohíba”, dijo.

Consideró urgente debatir la eutanasia en nuestro país ya que se necesita ampliar las posibilidades de elección al final de la vida, porque aunque existen los cuidados paliativos no alivian todo el sufrimiento.

“Las personas necesitan tener aseguradas como todos las opciones que pueden llegar a necesitar y para algunas personas la única manera de acabar con su sufrimiento y de morir con dignidad o dejar de vivir indignamente es pudiendo morir con la ayuda de alguien porque en esas condiciones tampoco es fácil que uno diga yo me voy a causar la muerte”, comentó.

Señaló que existe una falta mayor comprensión del tema, tanto de las autoridades en general como de la sociedad, por lo que insistió en la necesidad de crear mayores programas de difusión a través de documentos sencillos y palabras claves para divulgar el derecho del enfermo terminal.

“No se ha discutido suficiente, no se ha entendido suficiente lo que es y hay una gran influencia de la Iglesia Católica para que se entienda y no se avance en esa discusión y tiene se les olvida que representan a un Estado Laico... Todavía falta educación, falta discusión y defensa del Estado laico... Yo creo que sí sería muy útil para que más parte de la sociedad conozca y entienda el tema porque además vería que no se trata de morir porque sí porque realmente es una manera de aliviar el sufrimiento, yo creo quería lo útil”, afirmó.

Respecto a la posibilidad del caso de un enfermo terminal que solicitara al Poder Judicial discutir la aplicación de esta práctica, como lo intentó en su momento el español Ramón Sampederro; la también doctora en Ciencias en el campo de la Bioética por la UNAM expresó que sí serviría mucho ya que se podría dar una discusión abierta a la sociedad equivalente a la que se dio cuando se realizó la constitucionalidad del aborto.

Álvarez del Río consideró que los médicos tienen un papel muy importante dentro de la aplicación de la eutanasia pero enfatizó que no debe dejárseles todo el peso de dicha acción ya que se trata de una petición hecha por los pacientes.

Una cosa es cuando el médico está de acuerdo en suspender pero el paciente tiene derecho a rechazar que un tratamiento que el médico cree que es bueno. Se reconoce en nuestro país que el paciente da su consentimiento a los tratamientos que le ofrece el médico. Lo que se debe prever cómo se sanciona cuando no se

respetar la decisión del paciente porque el médico no tiene derecho a imponer su decisión.

“Afortunadamente hay médicos dispuestos a dar esa ayuda, yo creo que también las leyes hacen bien en plantear que no obligan a ningún médico a aplicar la eutanasia tienen que ser médicos que están de acuerdo para esa ayuda... Pero sí creo que un médico y un paciente, que está consciente de lo que está diciendo, se merece recibir la ayuda para dejar de vivir, sí eso es lo que quiere” comentó.

Destacó que la mayoría de la sociedad se ha pronunciado a favor de legislar este tema, ya que les gustaría contar con esa opción de tener una ayuda al final de sus días.

“Los resultados de una encuesta que salieron a finales del año pasado que hizo la Asociación por el Derecho a Morir con Dignidad, encontró que hay un apoyo de alrededor de un 70 por ciento de la población, pero la gente sí quiere contar con esa opción, quiere contar con la posibilidad de que sí lo necesita se le pueda ayudar a morir”, dijo.

Consideró que la eutanasia debe respetarse como una decisión personal, única y privada, misma que debe ser respetada tanto por los médicos como por familiares.

“Yo creo que un paciente tiene derecho a recibir esa ayuda pero también el médico tiene que asegurarse de que esa ayuda está justificada. Si un médico ve que un paciente en realidad pues todavía se le pueda ayudar de otra forma pues puede no estar de acuerdo en causarle la muerte cuando todavía hay forma de ayudarlo y además en donde es legal estaría faltando a uno de los criterios legales entonces yo creo que las personas tienen derecho a morir de la mejor manera y la eutanasia es un medio para lograrlo pero sí se deben establecer ciertas reglas de cuando se debe aplicar y cuando no, entonces no es un derecho incondicional”.

A nivel de los familiares, cada quien tiene derecho a sentir y pensar lo que quiere pero yo creo que es injusto que si un paciente, que es el que está sufriendo una condición que no lo tiene en mejoría y prefiere morir, pues lo deseable sería que le puedan apoyar y acompañar sus familiares, pero tampoco se les puede obligar.

### 3.8 “Litigios estratégicos”

En entrevista en sus oficinas en el Comité Ejecutivo Nacional, el ex diputado federal Fernando Belaunzarán afirmó que ayudaría más al debate que hubiera un frente común entre instituciones y organizaciones para regresar el debate y tratar de legislar sobre este tema, así como presentar casos emblemáticos. “Un litigio estratégico podría ser muy bueno para posicionar el tema... ayudaría por supuesto si hubiera un caso”, puntualizó.

El perredista afirmó que en cuestiones polémicas siempre ayuda la participación de la sociedad civil ya que existen organizaciones que logran hacer trascender este tipo de discusiones.

“La sociedad civil en el tema de la marihuana ha sido fundamental, la sociedad civil en el tema del combate a la corrupción ha sido fundamental, entonces la participación de la sociedad civil es clave y sería muy bueno que los ciudadanos presionaran a los legisladores” enfatizó.

Enfatizó que si hubiera un caso estratégico sobre eutanasia el debate se podría reabrir; pero al tratarse de enfermedades terminales, el problema es que el enfermo tenga tiempo para llegar a la última instancia siendo que los juicios en tribunales llegan a tardarse meses e incluso años.

El ex legislador insistió que si este tipo de temas llegaran a la Corte debería ser a través de un litigio estratégico parecido al de las cuatro personas que lograron se les diera un amparo y se les reconociera su derecho a consumir marihuana.

“Alguien que quizás tenga una enfermedad crónica muy fuerte como por ejemplo, como una persona parapléjica pudiera ganar porque se le reconocería que su vida es su vida, que la vida como la concibe no es digna de vivirse según sus conceptos”.

Agregó que también sería fundamental el papel que juegue la Comisión Nacional de Derechos Humanos, lo cual sería una gran prueba para dicho organismo ya

que se posicionaría sobre el derecho que tiene un grupo vulnerable como son los enfermos en estado terminal.

“Yo estoy convencido que estos temas van a ir creciendo. Cada vez hay más gente que se atreve a decirlo en voz alta...Hay que ir abriendo el tema como en algún momento el aborto fue tema tabú, como en algún momento lo fue la política de drogas fue tema tabú, hay que seguir empujando para hacerlo realidad”, recalcó.

Frente a la lentitud de los diputados y senadores, Belaunzarán reconoció la “cobardía” de muchos legisladores por discutir temas difíciles de exponer, y admitió que existe la negativa y la presión de grupos conservadores sobre este tipo de cuestiones consideradas tabúes.

“Los políticos de México son muy cobardes. Nadie quiere ofender a las buenas conciencias porque sienten que eso les trae un costo electoral... Por más que quise, empujé, lo presenté varias veces, no tuve suerte que lo tomaran como un tema importante a pesar de que muchas familias sufren esa situación con sus familiares y personas queridas”, lamentó.

Ante la falta de la regulación y legislación de la eutanasia y el suicidio medicamente asistido, el perredista consideró que es más fácil que el Congreso federal apruebe una ley general para la voluntad anticipada que la eutanasia.

Adicionó que otra problemática a la que se encuentran los enfermos terminales es a la escasez de opiáceos para los enfermos crónicos y terminales quienes no tienen paliativos efectivos contra el dolor y siguen siendo insuficientes.

“Mucha gente sigue sufriendo tremendamente y sus familiares sufren una tremenda impotencia y hay personas que no tienen ninguna esperanza de vida y les prolongan la agonía, a pesar de que se quedan ahí dos o tres meses más, además de que es un gasto tremendo para las familias”, exhibió.

Otro punto, subrayó, es que si el propio enfermo no quiere que lo vean totalmente vulnerable ya que la persona tiene una imagen de su mismo, puede ser algo muy doloroso para el mismo paciente.

“Cuando la persona lo puede decidir ahí no debiera haber discusión, la discusión es cuando la persona no haya dejado requisitos o indicaciones. Ahora la voluntad anticipada solamente es desconectar aparatos, debería haber una voluntad anticipada que tocara puntos más polémicos que diga: si yo estoy en estas condiciones quisiera que me aplicarían un químico” dijo.

Con las familias, reflexionó, debería darse algunas condiciones puede ser que el paciente, en su idea de regularlo, designe a la persona que va a tomar la decisión, porque sí eso se va a decidir en una asamblea familiar no va a haber decisión y los pleitos son tremendos.

“Para muchas personas y familias es un tema muy entrañable porque ven a sus seres queridos sufrir y las personas que son pacientes también tienen el derecho a decidir que esto ya no es vida no quiero que me vean así, no quiero ser una carga como soy, y creo que es justo que se les reconozca el derecho a decir hasta aquí”, opinó.

“¿Qué pasa cuando esos enfermos no están en conciencia? Bueno pues se tiene que cumplir algunos requisitos y que sean los familiares quienes decidan, ahí puede que sea más complejo. La voluntad anticipada es un punto pero también que el paciente deje establecido qué persona tomará la definición... Cuando la persona es consciente no puede haber duda, es mi voluntad, mi voluntad es que ya quiero acabar con mi vida” dijo.

Consideró que es más difícil debatir la eutanasia que el aborto, pero en el asunto de la eutanasia es que es reciente, no se ve el debate y aunque han existido algunas voces para hacer presencia, no es lo mismo que la Interrupción Legal del Embarazo quizás porque la libertad más radical sea el decidir que una persona quiere acabar con su vida.

El integrante de la Corriente del Grupo de los Galileos dijo que no hay registro histórico si antes del año dos mil hubo recuento de alguna otra iniciativa para regular y legislar la eutanasia.

“Pero sigue existiendo la tipificación de homicidio por piedad, que es digamos la eutanasia, cosa que por ciento en muy pocos lugares lo aplican, porque además mantener a una persona viva entre comillas, es un negocio, principalmente en los hospitales privados ya que cada día que mantienen a una persona pegada a un aparato es mucho negocio para ellos, aunque la persona no tenga ninguna esperanza de vida para ellos”, dijo.

El ex legislador explicó que como parte de su iniciativa buscó que la eutanasia no se viera como un acto de depresión o de desesperación, el cual duraba un mes para que la persona pudiera ratificar en tres ocasiones en un mes su deseo y en cualquier momento podría detenerlo incluso en el momento en el que el que le fueran a aplicar la sustancia para proveer la muerte.

Indicó que si bien su iniciativa buscaba despenalizar y regular la eutanasia en nuestro país; aún falta mucho para poder llegar a ese paso y agregó que la ciudadanía debe trabajar de manera conjunta con algunas instituciones.

“Yo creo que la constitución sí da para eso (para la eutanasia y suicidio medicamente asistido) no la ley... Desde mi punto de vista el tema de fondo es ¿De quién es la vida? Si la vida es de quien la experimenta o la vida es de un ser superior que te la da, eso no te lo puede resolver la Constitución, pero la Constitución si te dice que en el artículo 130 las convicciones de la Iglesia no son las convicciones del Estado, hay separación Iglesia-Estado, entonces los criterios religiosos no son los criterios del Estado”, enfatizó.

Puntualizó que el artículo 40 constitucional establece que somos una república laica por lo tanto no hay una moral oficial y agregó que el artículo 24 indica que se tiene derecho a nuestras convicciones éticas y una convicción ética es una decisión personal respecto a cualquier tema.

“El prolongar la agonía de una persona para que sufra hasta su último aliento imponiéndole la prolongación de su agonía ¿No es un acto de tortura?... “Si alguien piensa que alguien debe morir hasta que Dios o que el destino te quiten la vida, que viva con esas convicciones, lo que hay que convencer a la Iglesia es que

permita que otras personas que piensen distinto, actúen de acuerdo a sus ideas, convicciones y principios... La legislación laica tiene resabios religiosos”, reprochó.

Externó que desde su opinión la Constitución podría incluir dentro de sus páginas el suicidio asistido y no solamente la eutanasia.



## Conclusiones

El objetivo central de esta investigación fue exponer cómo se encuentra el estatus del debate de la eutanasia y el suicidio asistido en México.

Las principales conclusiones establecidas una vez finalizado este trabajo es que se deduce una falta de una apertura a estos temas por miedo al costo político-electoral que puede representar para los partidos políticos así como la presión ejercida por la Iglesia Católica y otras religiones para frenar tópicos tan controversiales que son opuestos a los dogmas y creencias que predicán a sus creyentes.

Lo anterior se puede ejemplificar que pese a que existen iniciativas de toda índole, que van desde permitir la eutanasia suministrando un fármaco al enfermo que así lo solicite hasta crear una Ley de Voluntad Anticipada a nivel federal, ninguna ha sido analizada a fondo, tanto así que se quedan trabadas en las comisiones parlamentarias y después de un periodo de tiempo son desechadas. Incluso los legisladores no emiten de manera formal una postura clara ni se pronuncian ni a favor o en contra.

Como parte de esta investigación y al hacer la búsqueda de información de todas las materias relacionadas con el tema como cuestiones jurídica, legislativa, bioética, médica y de interés social, resalta el hecho de que no se encontró ningún trabajo previo que compilara todas las visiones anteriormente descritas, ya que cada área analiza este tema desde su disciplina y no pretende buscar o complementar su visión con otras que están entrelazadas y que pueden servir para un trabajo mucho más completo y de profundidad.

Esto representó un reto ya que al no existir un texto que sirviera de base o para ver que ya se había investigado o escrito previamente sobre el tema, se recurrió a reconstruir y recopilar los antecedentes con la información disponible y hacerlo de una manera multidisciplinaria.

Por ello, este trabajo pretende ser pionero sobre el tema de la eutanasia desde un enfoque periodístico y de las ciencias sociales para permitir reflexionar y

profundizar desde todas las áreas que deben estar involucradas y no de manera aislada.

De igual forma, se espera que esta investigación abone y contribuya en un debate mucho más completo y complementario, siendo en un futuro una posible referencia para el estudio de esta materia.

En el mismo tenor sobre la búsqueda de información, se detectó que en portales de instituciones gubernamentales es inaccesible o inexistente datos de vital importancia como estadísticas sobre el número de enfermos terminales en nuestro país y en cuántos hospitales se brindan los cuidados paliativos.

Por ejemplo, se buscó en la página del INEGI y de la Secretaria de Salud para tratar de tener un aproximado en número de este tipo de pacientes pero lo único que se encontró fueron las principales causas de muerte en México, lo que refiere que las propias autoridades desconocen un número aproximado de enfermos terminales en el país.

En el caso de las iniciativas de ley, se detectó que no existe un conglomerado o una página que guarde todas las propuestas de legislaturas pasadas; esto complicó en gran medida la búsqueda de dichos proyectos legislativos por lo que se tuvo que buscar iniciativa por iniciativa de manera detallada y minuciosa en la Gaceta Parlamentaria tanto de Cámara de Diputados como de Senadores para poder dar con el contenido y propuesta de las mismas. Lo anterior quizás se atribuye a que como no son discutidas y se desechan fácilmente, no se tiene un registro histórico y ello dificulta poder consultarlas.

Tampoco existe un posicionamiento oficial que exponga las razones por las que el Estado mexicano, a través de sus diferentes poderes, se niega a regular este tipo de prácticas.

Otro punto a destacar que se pudo identificar es la falta de difusión sobre dos cuestiones en particular: el trámite de la voluntad anticipada y la implementación de los cuidados paliativos como parte de la práctica médica.

Respecto a la voluntad anticipada, se observó que no existen campañas informativas para que los ciudadanos se involucren y se acerquen a realizar este tipo de trámite, esto no sólo sucede en la Ciudad de México sino también en las otras 12 entidades que la tienen avalada.

En el tema de cuidados paliativos, tras la lectura de varios informes y notas periodísticas se determinó que a partir de su instauración en 2009 las autoridades sanitarias siguen sin ponerlos en práctica y adaptarlos en su forma de atención médica lo cual complica a una muerte apacible para la mayoría de pacientes que sufren alguna enfermedad crónico-degenerativa.

Esto se confirma con el informe presentado por la organización internacional Human Rights Watch quien revela que se sigue luchando para implementar un área para enfermos terminales en los hospitales y que éstas sólo se encuentran en los principales y grandes centros médicos del país.

En materia periodística, este texto implicó también un desafío ya que no se encontraron investigaciones previas en ningún medio de comunicación; fuera prensa, medios electrónicos o portales de internet, que ayudaran como consulta de información o de estructura que pudieran servir de referentes.

Aunado a lo anterior, el acceso a la información y la solicitud de entrevistas fue complejo ya que por tratarse de un trabajo académico no tuvo el mismo impacto al momento de solicitar una entrevista con especialistas de diferentes ramas que si se tratara de una petición hecha por un reportero o un medio de comunicación.

## Bibliografía, Hemerografía y fuentes de información

1. Rojas Soriano Raúl, "Métodos para la investigación social. Una proposición dialéctica", México, Editorial Plaza y Valdés, 1983.
2. Esteve Francisco y Fernández del Moral Javier, "Áreas de especialización periodística", España, Editorial Fragua, 1998.
3. El Periodismo Especializado: Sociedad de la Información como contexto del Periodismo Especializado.
4. Mercado Sáez María Teresa, Aportaciones Teórica en torno al concepto de periodismo especializado, Universidad Cardenal Herrera.
5. Simpson Máximo. "Reportaje, objetividad y crítica social (el presente como historia)", en Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales. Núms. 86 y 87, México, FCPyS, UNAM, Año XXIII, Nueva Época, octubre 1976, marzo 1977. P 143- 150.
6. Rojas Avendaño Mario, "El Reportaje Moderno" en Antología, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM, 1976 páginas 11-16
7. Duato Candela, "Mi nombre es Brittany Maynard y elijo morir con dignidad", para el portal Upsocl.com. Consultado el 19 de octubre de 2014 en la página <http://www.upsocl.com/mujer/mi-nombre-es-brittany-maynard-y-elijo-morir-con-dignidad/>.
8. Constitución Política de la Ciudad de México, 2017; Administración Pública de la Ciudad de México, Capítulo II De los derechos humanos, Artículo 6, apartado A, incisos 1-2
9. Barragán, Sebastián, "Constituyente aprueba derecho a 'muerte digna' para la CDMX", Aristegui Noticias sitio web, Sección "México". Consultado en la página <http://aristeguinoticias.com/0401/mexico/constituyente-aprueba-derecho-a-muerte-digna-para-la-cdmx/>
10. Ley de Voluntad Anticipada del Estado de Yucatán, Yucatán, Congreso de Yucatán, 2016, Capítulo 1 Disposiciones Generales, Artículo 4.
11. Código Penal para el Estado de Hidalgo, Hidalgo, Gobierno del Estado de Hidalgo, última reforma 2017, Libro Segundo, Título Primero Delitos contra la vida y la salud personal, Capítulo 1 Homicidio, artículo 139.
12. Código Penal para el Estado de Morelos, Morelos, Consejería Jurídica del Poder Ejecutivo del Estado de Morelos, última reforma 2017, Libro Segundo Parte Especial Delitos contra el Individuo, Título Primero Delitos contra la vida y la integridad física Capítulo II Inducción y Auxilio al Suicidio, artículo 112-114.

13. Ley General de Salud, México, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, última reforma 2017, Título Octavo Bis de los Cuidados Paliativos a los Enfermos en Situación Terminal; Capítulo IV De los Derechos, Facultades y Obligaciones de los Médicos y Personal Sanitario, artículo 166 Bis 21.
14. Comisión Nacional de Bioética, Sección “Temas de Interés”, “Dilemas éticos al final de la vida”. Consultado el 12 abril de 2012 en la página <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/temasdeinteres/temasdeinteres.html>
15. Álvarez del Río, Asunción, “Práctica y ética de la eutanasia”, México, Fondo de Cultura Económico, 2005, páginas 23-42.
16. Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, Asamblea Legislativa del Distrito Federal, última reforma publicada 2012, Capítulo Primero Disposiciones Preliminares, Artículo 2, inciso III.
17. Secretaría de Salud de la Ciudad de México Acciones, Voluntad Anticipada. Consultado el 30 de enero de 2017 en la página <http://www.salud.cdmx.gob.mx/actividades/voluntad-anticipada>
18. Gómez Mont Urueta, Fernando, “II. Los parámetros legales de la muerte digna en México”, revista digital Nexos, sección “Opinión”. Consultado el 1 de junio de 2015 en la página <http://www.nexos.com.mx/?p=25090>
19. Código Penal Federal, México, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, última reforma 2017, Título Decimonoveno Delitos contra la vida y la integridad corporal, Capítulo III Reglas comunes para lesiones y homicidio, Artículo 312.
20. Código Penal para el Distrito Federal, Ciudad de México, Asamblea Legislativa del Distrito Federal, última reforma junio 2016, Libro Segundo Parte Especial, Título Primero Delitos contra la vida, la integridad corporal, la dignidad y el acceso a una vida libre de violencia, Capítulo I Homicidio, artículo 127.
21. Código Penal para el Estado de Aguascalientes, Congreso del Estado de Aguascalientes, última reforma junio de 2015, Libro Segundo Parte Especial, Título Primero Figuras Típicas Dolosas, Capítulo I, artículo 100.
22. Código Penal para el Estado de Chiapas, Chiapas, Secretaría de Gobierno, última reforma agosto 2017, Libro Segundo Parte Especial, Título Primero Delitos contra la vida, la integridad corporal, la dignidad humana de las mujeres y contra el derecho a una vida libre de violencia, Capítulo I Homicidio, artículo 160-164.
23. Código Penal para el Estado de Zacatecas, Zacatecas, Congreso del Estado de Zacatecas, última reforma junio 2016, Título Decimoséptimo Delitos contra la vida y la integridad corporal, Capítulo II, Capítulos 293-299.
24. Código Penal para el Estado de México, Estado de México, Congreso del Estado de Zacatecas, última reforma diciembre 2017, Título Tercero Delitos contra

las personas, Subtitulo Primero Delitos contra la vida y la integridad corporal, Capítulo I Lesiones, Capítulos 236-240.

25. Siglo de Durango, “Presentará PRD propuesta para eutanasia”, El Siglo de Durango, Sección “Nacional”. Publicado el 18 de mayo de 2005 en la página <http://www.elsiglodedurango.com.mx/noticia/70341.presentara-prd-propuesta-para-eutanasia.html>

26. Sistema de Información Legislativa, Reporte de Seguimiento de Asuntos Legislativos. Consultado en la página [http://sil.gobernacion.gob.mx/Librerias/pp\\_ReporteSeguimiento.php?SID=&Seguimiento=2287625&Asunto=1950097](http://sil.gobernacion.gob.mx/Librerias/pp_ReporteSeguimiento.php?SID=&Seguimiento=2287625&Asunto=1950097)

27. Viayra Ramírez Mariana, “Abren debate sobre eutanasia: con dolor insoportable no tiene sentido vivir: De la Barrera; enfermos terminales no tienen derecho a morir: obispo de Morelos”. La Crónica de México sitio web, sección “Salud”. Consultado en la página <http://www.cronica.com.mx/notas/2005/183427.html>

28. Méndez Enrique y Garduño Roberto, “El PRD impulsa en San Lázaro una iniciativa para legalizar la eutanasia”, La Jornada sitio web, Sección “Sociedad y Justicia, Consultada en la página <http://www.jornada.unam.mx/2005/05/18/index.php?section=sociedad&article=044n1soc>

29. Teherán Jorge, “Plantea PRD ley para permitir la eutanasia”, El Universal sitio web, Sección “Nación”, Publicado el 18 de mayo de 2005 en la página <http://archivo.eluniversal.com.mx/nacion/125211.html>

30. ACI Prensa, “Presentan proyecto para legalizar eutanasia en México” ACI Prensa, Sección Vaticano. Publicado el 18 de mayo de 2005 en la página <https://www.aciprensa.com/noticias/presentan-proyecto-para-legalizar-eutanasia-en-mexico/>

31. Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública de la Cámara de Diputados, Carpeta Informativa “Eutanasia”, México, Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, 2007.

32. Becerril Andrea, “PAN y PRI respaldan iniciativa del PRD para legalizar eutanasia pasiva”, La Jornada sitio web, Sección “Sociedad y Justicia” Consultado en la página <http://www.jornada.unam.mx/2007/04/13/index.php?section=sociedad&article=041n1soc>

33. EFE, “México abre el debate para legalizar la eutanasia pasiva”, El País en línea, sección “Internacional”, Consultado el 12 abril de 2007 en la página [http://internacional.elpais.com/internacional/2007/04/13/actualidad/1176415206\\_850215.html](http://internacional.elpais.com/internacional/2007/04/13/actualidad/1176415206_850215.html)

34. Gaceta del Senado de la República LXIII Legislatura, Tercer año de Ejercicio. Iniciativas de Ciudadanos Senadores, Iniciativa del Senador Lázaro Mazón Alonso, del Grupo Parlamentario del Partido de la Revolución Democrática, la que contiene proyecto de decreto por el que se reforma el artículo 312 del Código Penal Federal y se crea la Ley General de Suspensión de Tratamiento Curativo. Consultado en la página <http://www.senado.gob.mx/index.php?ver=sp&mn=2&sm=2&id=12043>
35. Sistema de Información Legislativa, Reporte de Seguimiento de Asuntos Legislativos. Iniciativa del Diputado Juan Francisco Rivera Bedoya, del Grupo Parlamentario del PRI que reforma y adiciona diversas disposiciones del Código Civil Federal. Consultado en la página [http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2007/03/asun\\_2320145\\_2007\\_0313\\_1173818169.pdf](http://sil.gobernacion.gob.mx/Archivos/Documentos/2007/03/asun_2320145_2007_0313_1173818169.pdf).
36. Muñiz Érick, “Avanza en Nuevo León prohibición del aborto y la eutanasia”, La Jornada sitio web, Sección “Estados”, Consultada en la página <http://www.jornada.unam.mx/2014/05/29/estados/031n1est>
37. Notimex, “El PRI propone permitir eutanasia en el Distrito Federal”, Excélsior sitio web, Sección “Comunidad”, Consultado en la página <http://www.excelsior.com.mx/2012/11/21/comunidad/871012>
38. Melgar Ivonne, “Piden despenalizar eutanasia activa”, Excélsior sitio web, Sección “Nacional”. Consultado en la página <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2015/04/23/1020337>
39. Gaceta Parlamentaria de la Cámara de Diputados, año XVIII, número 4258-VII, martes 21 de abril de 2015, Iniciativa de ley que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley General de Salud y del Código Penal Federal, para despenalizar y regular la eutanasia, a cargo del diputado Fernando Belaunzarán Méndez del Partido de la Revolución Democrática. Consultado en la página <http://gaceta.diputados.gob.mx/Gaceta/62/2015/abr/20150421-VII.html#Iniciativa4>
40. Secretaría General de Servicios Parlamentarios de la Cámara de Diputados, Dirección General de Apoyo Parlamentario, Iniciativas presentadas por diputado en la LXII Legislatura turnadas a Comisión. Consultado en la página [http://sitl.diputados.gob.mx/LXII\\_leg/iniciativas\\_por\\_pernplxii.php?iddipt=443&pert=11](http://sitl.diputados.gob.mx/LXII_leg/iniciativas_por_pernplxii.php?iddipt=443&pert=11)
41. Comunicación Social de la Cámara de Diputados. Difusión. Boletín No. 1155, “Presentan ante el Pleno 34 iniciativas de reformas a diversos ordenamientos”. Consultado en la página <http://www5.diputados.gob.mx/index.php/esl/Comunicacion/Boletines/2016/Marzo/16/1155-Presentan-ante-el-Pleno-34-iniciativas-de-reformas-a-diversos-ordenamientos>
42. Grajeda Ella, “Aprueba ALDF Ley del Bien Morir”, El Universal sitio web, Sección “México”. Consultado en la página <http://archivo.eluniversal.com.mx/ciudad/87999.html>

43. Osorio Ernesto, "Propuesta priista para legalizar la eutanasia en la capital mexicana", Reforma sitio web recuperada por el sitio web Catolicidad. Consultado en la página <http://www.catolicidad.com/2009/11/propuesta-priista-para-legalizar-la.html>.
44. Grajeda Ella, "ALDF analizará en enero iniciativa sobre eutanasia", El Universal sitio web, Sección "Metrópoli". Consultado en la página <http://archivo.eluniversal.com.mx/ciudad/99536.html>
45. González Alvarado Rocío, "Suman 6 mil 200 peticiones de la voluntad anticipada", La Jornada sitio web, Sección "Capital", recuperada por el Colegio de Notarios Recuperado de: <http://www.colegiodenotarios.org.mx/doctos/hemeroteca/2016/mar/10.pdf>
46. Colegio de Notarios del Distrito Federal, "Inicia la 4ª campaña anual". Consultado en la página <http://www.colegiodenotarios.org.mx/index.php?a=1976>
47. Galeano Inclán Héctor. "5 cosas que debes de saber de la Voluntad Anticipada", Forbes sitio web, Sección "Portada". Consultado en la página <http://www.forbes.com.mx/5-cosas-debes-saber-la-voluntad-anticipada/#gs.C8h8wyo>
48. Lastra Gilberto, "Ley de Voluntad Anticipada se discute en Durango", Milenio sitio web, Sección "Región". Consultado en la página [http://www.milenio.com/region/congreso\\_durango-ley\\_voluntad\\_anticipada-maximiliano\\_silerio-milenio\\_noticias\\_laguna\\_0\\_1022897802.html?print=1](http://www.milenio.com/region/congreso_durango-ley_voluntad_anticipada-maximiliano_silerio-milenio_noticias_laguna_0_1022897802.html?print=1)
49. Cárdenas Israel, "Avala ley voluntad de enfermos terminales", Sipse Milenio Novedades sitio web, Sección "Yucatán", Consultado en la página <https://sipse.com/milenio/ley-voluntad-enfermos-terminales-anticipada-congreso-salud-tratamiento-208540.html>
50. Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, Asamblea Legislativa del Distrito Federal, última reforma publicada 2012, Capítulo Quinto De la Coordinación especializada en materia de voluntad anticipada, Artículo 29, inciso III al V.
51. Vergara Denisse, "Estados donde la muerte asistida es legal en EU", El Universal sitio web, sección "ViveUSA", Consultado en la página <http://www.viveusa.mx/articulo/2014/10/31/bienestar/estados-donde-la-muerte-asistida-es-legal-en-eu>
52. EFE, "En Canadá aprueban ley que aprueba y regula la eutanasia", ABC Color sitio web, Sección "Mundo". Consultado en la página <http://www.abc.com.py/internacionales/en-canada-aprueban-ley-que-aprueba-y-regula-la-eutanasia-1490742.html>
53. EFE, "Bélgica alcanza récord de eutanasias, en pleno debate sobre ampliara a los menores", ABC España, Sección "Sociedad", Consultado en la página



<http://www.abc.es/sociedad/20130207/abci-record-eutanasias-belgica-201302071927.html>

54. Miranda Perla, “Devoran 7 males 91 mil mdp en México”, El Universal sitio web, Sección “Nación”. Consultado en la página <http://www.eluniversal.com.mx/articulo/nacion/sociedad/2016/11/20/devoran-7-males-91-mil-mdp-en-mexico>

55. Notimex, “¿Cuál es la principal causa de muerte en México?”, Su Médico sitio web. Consultado en la página <https://sumedico.com/la-principal-causa-muerte-mexico/>

56. Milenio, “Desahuciados sufren más por culpa de sus parientes”, Recuperado por Zócalo sitio web, sección “Salud”. Consultado en la página <http://www.zocalo.com.mx/seccion/articulo/deshuciados-sufren-mas-por-culpa-de-sus-parientes1>

57. Jiménez Horacio, “Enfermedades degenerativas cuestan 95 mmdp a IMSS e ISSSTE”, El Universal sitio web, Sección “Nación”, Consultado en la página <http://www.eluniversal.com.mx/articulo/nacion/sociedad/2017/04/4/enfermedades-degenerativas-cuestan-95-mmdp-imss-e-issste>

58. Damián Fernando, “IMSS e ISSSTE gastan 95 mil mdp en pacientes crónicos”, Milenio sitio web, sección “Política”. Consultado en la página <http://www.milenio.com/politica/camara-de-diputados-obesidad-diabetes-enfermedades-cronico-degenerativas-0-932307057.html?print=1>

59. AFP, “Reino Unido es el mejor país para morir, México el 42”, Milenio sitio web, sección “Tendencias”. Consultado en la página <http://www.milenio.com/tendencias/mejores-paises-para-morir-reino-unido-mexico-42-pais-morir-the-economist-0-604739722.html>

60. Line David, “The 2015 Quality of Death Index: Ranking palliative care across the world”, The Economist Intelligence Unit web site, Foundation Lien. Consultado en la página <http://www.eiuperspectives.economist.com/healthcare/2015-quality-death-index>

61. Notimex, “Sólo el 10% de los 20 millones de enfermos terminales reciben cuidados: OMS”, MVS Noticias sitio web, sección “Internacionales”, Consultado en la página <http://www.mvsnoticias.com/#!/noticias/solo-el-10-de-los-20-millones-de-enfermos-terminales-reciben-cuidados-oms-103>

62. Alcántara Liliana, “El bien morir, derecho de unos cuantos”, El Universal sitio web, sección “Nación”. Consultado en la página <http://archivo.eluniversal.com.mx/nacion/172393.html>

63. Human Rights Watch, “México avanza en el cuidado para enfermos en fase terminal”, Human Rights Watch Internacional. Consultado en la página

<https://www.hrw.org/es/news/2014/12/10/mexico-avanza-en-el-cuidado-para-enfermos-en-fase-terminal>

64. Human Rights Watch, “Cuidar cuando no es posible curar: Asegurando el derecho a los cuidados paliativos en México”, Human Rights Watch Internacional, octubre de 2014. Consultado en la página <https://www.hrw.org/es/report/2014/10/28/cuidar-cuando-no-es-posible-curar/asegurando-el-derecho-los-cuidados-paliativos-en>

65. Human Rights Watch, “México: Sufrimiento incensario al final de la vida”, Human Rights Watch Internacional, octubre de 2014. Consultado en la página <https://www.hrw.org/es/news/2014/10/28/mexico-sufrimiento-innecesario-al-final-de-la-vida>

66. Redacción, “GDF busca que enfermos terminales tengan cuidados paliativos”, Excélsior sitio web, sección “Comunidad”. Consultado en la página <http://www.excelsior.com.mx/comunidad/2015/10/08/1050096>

67. Gómez Perla, “Cuidados paliativos del Hospital Civil cumple 25 años”, Milenio sitio web, sección “Región”. Consultado en la página [http://www.milenio.com/region/cuidados\\_paliativos-hospital\\_civil\\_guadalajara-enfermedades\\_cronicas-noticias\\_jalisco\\_0\\_1048095294.html?print=1](http://www.milenio.com/region/cuidados_paliativos-hospital_civil_guadalajara-enfermedades_cronicas-noticias_jalisco_0_1048095294.html?print=1)

68. Fundación Mexicana de Medicina Paliativa A.C, sitio web. Consultado en la página <http://fmmp.org.mx/nuestra-historia/>

69. Rello Maricarmen, “En Jalisco crean primera red de Hospitales sin dolor”, Milenio sitio web, sección “Región”. Consultado en la página [http://www.milenio.com/region/hospitales\\_sin\\_dolor-cuidados\\_paliativos-enfermedad\\_terminal-milenio-noticias\\_0\\_893910949.html](http://www.milenio.com/region/hospitales_sin_dolor-cuidados_paliativos-enfermedad_terminal-milenio-noticias_0_893910949.html)

70. Notimex, “UNAM impulsa mediante taller cuidados paliativos y derecho a muerte digna”, Radio Fórmula sitio web, sección “Notas”. Consultado en la página <http://www.radioformula.com.mx/notas.asp?Idn=669072&idFC=2017>

71. Moreno Teresa, “Pide De la Fuente respetar el derecho a elegir de los pacientes”, El Universal sitio web, sección “Nación”. Consultado en la página <http://www.eluniversal.com.mx/articulo/nacion/sociedad/2017/03/13/pide-de-la-fuente-respetar-el-derecho-elegir-de-los-pacientes>

72. Código de Bioética para el personal de salud, Comisión Nacional de Bioética, última reforma 2002, Capítulo V –VIII

73. Rivera Astrid, “CDMX, "ciudad asesina", dice Iglesia por aprobación de eutanasia”, El Universal sitio web, sección “Nación”. Consultado en la página

<http://www.eluniversal.com.mx/articulo/nacion/sociedad/2017/01/5/cdmx-ciudad-asesina-dice-iglesia-por-aprobacion-de-eutanasia>

74. Tribuna Israelita, “La eutanasia en el judaísmo”, Tribuna Israelita sitio web. Consultado en la página <https://www.tribuna.org.mx/judaismo/609-la-eutanasia-en-el-judaismo.html>

75. Jabad Argentina, “Eutanasia, la perspectiva judía”, Jabad Argentina sitio web. Consultado en la página <http://www.jabad.org.ar/sin-categoria/eutanasia-la-perspectiva-judia.html>

76. Calafi Yitzak, “La perspectiva del judaísmo sobre la eutanasia”, Centro Kehia sitio web. Consultado en la página <http://centrokehila.org/halaja/eutanasia>

77. Bialostocky Elena, “¿Está permitida la eutanasia en el judaísmo? Un documental de enlace judío”, Enlace judío sitio web, sección “Comunidad”. Consultado en la página <https://www.enlacejudio.com/2012/10/04/esta-permitida-la-eutanasia-en-el-judaismo-documental-de-enlace-judio/#prettyphoto/0/>

78. Zapata Julián, “Once argumentos contra la eutanasia, según el Islam”, El tiempo blog sitio web. Consultado en la página <http://blogs.eltiempo.com/confesiones/2007/04/09/once-argumentos-contrala-eutanasia-segun-el-islam/>

79. Por el Derecho a Morir con Dignidad A.C, “¿Quiénes somos?”, Por el Derecho a Morir con Dignidad A.C sitio web. Consultado en la página <http://dmd.org.mx/>

80. Notimex, “La eutanasia, legal en Canadá hace casi un año, aún enfrenta retos”, 20 minutos sitio web, sección “Salud”. Consultado en la página <https://www.20minutos.com.mx/noticia/201482/0/la-eutanasia-legal-en-canada-hace-casi-un-ano-aun-enfrenta-retos/>

81. Notimex, “Crean en Jalisco la primera red de Cuidados Paliativos en el país”, 20 minutos sitio web, sección salud. Consultado en la página <https://www.20minutos.com.mx/noticia/184763/0/crean-en-jalisco-la-primera-red-de-cuidados-paliativos-del-pais/>

82. Etcétera, “Siete de cada 10 mexicanos están a favor de la eutanasia”, Etcétera sitio web, sección “Notas”. Consultado en la página <http://www.etcetera.com.mx/articulo/Siete+de+cada+10+mexicanos+est%C3%A1n+a+favor+de+la+eutanasia%3A+encuesta/50180>

83. Parametría, “Mexicanos en favor de la eutanasia”. Consultado en la página [http://www.parametria.com.mx/carta\\_parametrica.php?cp=4100](http://www.parametria.com.mx/carta_parametrica.php?cp=4100)

84. Parametría, “Eutanasia: mexicanos ante la muerte asistida”. Consultado en la página [http://www.parametria.com.mx/carta\\_parametrica.php?cp=4042](http://www.parametria.com.mx/carta_parametrica.php?cp=4042)

85. Cung Sulkin Paloma y Nierman Claudia, “Tierra para echar raíces. Cementerios judíos en México”, México, Conaculta, Primera edición, 2009, páginas consultadas 10-99.

86. Gómez Granados Manuel, "Eutanasia: debates, postura y ética" México, Folletos Sociedad E.V.C., Segunda Edición, 2013, páginas consultadas 3-16.

87. Herrasti Alicia, "Aborto, eutanasia y suicidio asistido", México, Folletos Sociedad E.V.C., Cuarta Edición, 2011, páginas consultadas 15 -20.