



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES

CAMPUS ARAGÓN

**EUTANASIA: LEGISLAR SU APLICACIÓN EN
CASOS DE SIDA**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN DERECHO
P R E S E N T A :**

MARIA DEL PILAR GARRIDO LUGO

**ASESOR :
LIC. GLORIA C. ZARATE DIAZ**

MÉXICO

2000

2801/94



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.

A MIS PADRES

*Adolfo Garrido Martínez
Nieves Lugo Guerrero*

A quienes agradezco todo lo que me han dado en la vida, empezando por la vida misma, su cariño y su gran apoyo.

A ti mamá, porque has llevado una carga muy pesada al estar en el hogar teniendo que tomar decisiones muy importantes y tratando siempre de adoptar las más acertadas. Porque con tus labores domésticas, generalmente no reconocidas por nadie, apoyaste mis estudios desde niña, así como también mis actividades deportivas.

A ti papá, porque siempre has trabajado arduamente para que no falte nada en la casa, porque siempre nos has impulsado y apoyado, a mis hermanas y a mí, en todas nuestras actividades con el fin de darnos mayores "armas" para luchar en la vida.

A los dos, gracias, porque desempeñando tan bien una de las labores más difíciles: la de ser magníficos padres, me han hecho más fácil la vida.

A MIS HERMANAS

Adriana, Alma, Mode y Carina

A quienes quiero mucho y con quienes siempre he compartido alegrías, tristezas, llantos y hasta enojos.

A todas, gracias por su cariño y el apoyo que, de una u otra forma, siempre me han dado.

A MIS SOBRINITOS

Toñito y Adrianita

Por el inmenso amor que les tengo.

A UNA PERSONA MUY ESPECIAL

Juan Carlos Díaz García

Por el apoyo incondicional que siempre me has brindado, por tu gran interés en mi y en mi tesis, por fomentar y compartir mis deseos de superación, por tu cariño y por muchas razones más.

Para ti mi agradecimiento y mi amor.

A MI ASESORA

Lic. Gloria Clementina Zarate Díaz

Por su gran disposición y amabilidad para orientarme en la elaboración de mi trabajo de tesis.

Licenciada, gracias por su apoyo incondicional.

A Julio César García Granados

Por su gran disposición para auxiliarme con sus conocimientos en medicina para el desarrollo de este trabajo.

Julio, gracias por tu valiosa ayuda.

A Alfonso Vargas Bravo

Por su apoyo al asesorarme con sus conocimientos en computación durante la transcripción de mi trabajo.

Alfonso, gracias por tu ayuda incondicional.

A MIS QUERIDAS AMIGAS

Leticia Domínguez Subías
Angelica Flores Dorantes

Lety, gracias por la gran amistad que tu noble persona me ha brindado incondicionalmente.

Angélica, igualmente, te agradezco la amistad verdadera que tu gran corazón me ha regalado.

A las dos, les brindo con toda sinceridad mi cariño, mi respeto, mi agradecimiento y mi desinteresada amistad, sin dejar de mencionar mi admiración por su gran empeño de superación.

Con cariño a:

Norma Ramos Angeles
Carolina Nava Baltazar
Ma. Del Carmen Guzmán Álvarez
Ma. Antonia Chavero Armijo
Ilíana Romo Manzano
Jesús Franco Serrano: Para ti mi agradecimiento y mi afecto por tu sincera amistad.

CON AFECTO A:

Roberto Barranco Flores
Ulises Solís Maldonado

Quiénes siempre, de una u otra forma, me han apoyado. A los dos mi gratitud, mi cariño y mi amistad incondicional.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	V
-------------------	---

CAPÍTULO I

MARCO HISTÓRICO DE LA EUTANASIA Y EL SIDA

1.1. ANTECEDENTES DE LA EUTANASIA.....	1
1.1.1. En otros países.....	1
a) Pueblos Primitivos	1
b) Grecia y Roma	2
c) Inglaterra	9
d) Alemania	11
e) Países Sudamericanos	14
1.1.2. En México	16
a) Código de Veracruz ..	16
b) Código de 1871 ..	18
c) Código Penal de 1929	20
1.2. ANTECEDENTES DEL SIDA	21
1.2.1 En el mundo	21
a) Algunas teorías	21
b) Estados Unidos	22
c) Haití	26
d) Africa	27
1.2.2 En México	29
a) Primeros casos	29

b) Factores de riesgo	35
c) México ante la epidemia	37
d) Sobrevida y mortalidad de los enfermos	40

CAPÍTULO II

MARCO LEGAL Y DOCTRINAL DE LA EUTANASIA Y EL SIDA

2.1. CONCEPTOS DE EUTANASIA	43
2.1.1. Formas de eutanasia	45
a) Eutanasia activa o positiva	46
b) Eutanasia pasiva o negativa	46
c) Eutanasia directa e indirecta	48
d) Eutanasia voluntaria y no voluntaria	48
e) Neologismos	48
<i>Distanasia</i>	48
<i>Adistanasia</i>	50
<i>Ortotanasia</i>	51
<i>Cacotanasia</i>	52
2.2. CUADRO CLÍNICO DEL SIDA	52
2.2.1. Historia natural	57
2.2.2. Fases o etapas	58
2.2.3. Tratamiento	60
2.3. LA EUTANASIA Y SU RELACIÓN CON ALGUNOS DELITOS	60
2.3.1. Inducción al suicidio	61
2.3.2. Auxilio al suicidio	62
2.3.3. Homicidio consentido	63

2.4. LA EUTANASIA EN EL DERECHO MEXICANO ..	65
2.4.1. Anteproyecto de Código Penal para el Distrito y Territorios Federales en Materia del Fuero Común y para toda la República en Materia del Fuero Federal de 1949	66
2.4.2. Anteproyecto de Código Penal para el Distrito y Territorios Federales en Materia del Fuero Común y para toda la República en Materia del Fuero Federal de 1958	67
2.4.3. Código Penal del Estado de México	68
2.4.4. Código Penal del Estado de Hidalgo	68
2.5. LA EUTANASIA EN LAS LEGISLACIONES EXTRANJERAS	69
<i>Alemania</i>	70
<i>Perú</i>	72
<i>Uruguay</i>	72
<i>Colombia</i>	73
<i>Argentina</i>	73
<i>Cuba</i>	74
<i>Bolivia</i>	74
<i>Brasil</i>	75
<i>Costa Rica</i>	75
<i>Estados Unidos</i>	75
<i>Holanda</i>	79

CAPÍTULO III

EUTANASIA, SIDA Y SUS CONSECUENCIAS

3.1. REPERCUSIONES	83
3.1.1. Sociales	83
3.1.2. Familiares	85
3.1.3. Físicas	91
3.1.4. Psicológicas	100
3.1.5. Morales	107

3.1.6. Religiosas	107
3.2. TRATO QUE SE DA A LOS ENFERMOS DE VIH/SIDA EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICAS Y PRIVADAS	108
3.3. RESPONSABILIDAD MÉDICA: PROFESIONAL Y LEGAL	110
3.4. LA MUERTE COMO CONSECUENCIA DE LA APLICACIÓN DE LA EUTANASIA	112
3.5. PROPUESTA PARA LA INCLUSIÓN DE LA EUTANASIA EN CASOS DE SIDA DENTRO DEL DERECHO MEXICANO	115
CONCLUSIONES	122
BIBLIOGRAFÍA	125

INTRODUCCIÓN

A partir de 1981, fecha en que aconteció la notificación del primer caso de SIDA en Estados Unidos de América, hasta nuestros días, el índice de personas infectadas por el VIH/SIDA (Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Humana) ha aumentado en forma alarmante, y desde luego, México no ha sido la excepción.

El impacto que ha tenido el SIDA entre la población, no sólo de nuestro país sino del mundo entero, debido al índice elevado de mortalidad de la enfermedad, a la juventud de la población principalmente afectada, a su naturaleza contagiosa, a sus efectos debilitantes y desfigurantes, así como a sus síntomas, ha sido muy grande y atemorizante.

Las repercusiones que trae consigo la infección VIH/SIDA son múltiples: sociales, familiares, físicas, psicológicas, morales, etc. Muchos enfermos, desde que les es detectado el virus tienen que enfrentarse a grandes angustias, depresiones, miedos, frustración, rechazo social y/o familiar, problemas económicos, y muchos otros más. Situación a la que hay que aunar las múltiples enfermedades "oportunistas" e infecciones malignas raras, que generalmente se presentan por representar el SIDA la fase más grave de la infección en la que la respuesta inmune del cuerpo es ineficaz o nula.

Los enfermos de SIDA en etapa terminal, generalmente viven en condiciones deplorables pues son muy susceptibles de sufrir gran variedad de signos y síntomas, así como distintas complicaciones en diferentes sistemas o aparatos que dependen de la infección "oportunistas" o neoplasia que se les presente. La mayoría, regularmente, ya son víctimas de intensa fiebre, diarrea, cáncer, ceguera irreversible, tuberculosis y, en algunas ocasiones, daños en el sistema nervioso.

Todas estas circunstancias nos dan una visión superflua de la problemática a la que se tienen que enfrentar las personas infectadas por el VIH/SIDA. Por lo que, atendiendo a ellas, así como al fin de intentar evitar que sus condiciones de vida deplorables se prolonguen,

proponemos que se legisle la aplicación de la eutanasia en casos de SIDA cuando el enfermo se encuentre en etapa terminal.

La eutanasia es un tema complejo de abordar por diversas razones, entre ellas, porque su significado etimológico de “buena muerte” o “bien morir” es subjetivo y da lugar a diversas interpretaciones, pues lo que es bueno para unos no lo es para otros, por las implicaciones jurídico-penales a que da lugar el relacionarla con algunos delitos y, principalmente, porque lleva implícita a la muerte que es un tema que también ha suscitado gran polémica. Consideramos que este último motivo constituye el punto fundamental de la controversia que gira en torno a la eutanasia.

No resulta fácil hablar de eutanasia y SIDA a la vez, por ser dos realidades ambiguas y complejas, sujetas a múltiples interpretaciones impregnadas comúnmente de prejuicios, dobles mensajes y valoraciones culturales. Sin embargo, este trabajo de tesis representa el esfuerzo de querer plantear, lo más claramente posible, los aspectos que consideramos necesarios desarrollar para fundamentar la propuesta que hacemos.

El primer capítulo comprende aspectos históricos que nos permitirán conocer acerca de los diferentes enfoques que a través del tiempo se le ha dado a la eutanasia, así como el origen de la infección por el VIH/SIDA.

El segundo capítulo incluye aspectos doctrinales que nos proporcionarán elementos básicos que nos ayudarán a tener una noción más amplia de la eutanasia, y de esta forma, poder irnos formulando un criterio propio sobre ella. Además de que nos da a conocer aspectos médicos indispensables para entender lo que implica hablar de la infección VIH/SIDA. Dentro de este capítulo, también incluimos algo sumamente importante como lo es el marco legal en el que de una u otra forma se le ha enmarcado a la eutanasia, tanto en el derecho mexicano como en algunas legislaciones extranjeras.

En el último capítulo se hace referencia a las consecuencias que vienen aunadas tanto al SIDA como a la eutanasia, además de dar cabida en este capítulo a la propuesta de este trabajo de tesis: *Eutanasia: Legislar su aplicación en casos de SIDA*.

Para finalizar, hemos de mencionar que el punto de vista de toda persona es muy respetable y que lo que pretendemos con el contenido de este trabajo de tesis es únicamente dar a conocer los elementos que estimamos indispensables plantear para sustentar o justificar nuestra propuesta.

CAPITULO I

MARCO HISTÓRICO DE LA EUTANASIA Y EL SIDA

CAPÍTULO I

MARCO HISTÓRICO DE LA EUTANASIA Y EL SIDA

1.1. ANTECEDENTES DE LA EUTANASIA

1.1.1. En otros países

a) Pueblos Primitivos

En algunos pueblos primitivos se llevaban a cabo ciertas prácticas con fines no sólo eugenésicos, sino también eutanásicos, dándose muerte a los ancianos valetudinarios.

Según la opinión del doctor Regnault, a quien cita el maestro Luis Jiménez de Asúa en su obra *"Libertad de Amar y Derecho a morir"*, cuando el hombre primitivo tenía en su contra a la naturaleza, incluyendo a las bestias feroces y a él mismo, y la lucha por la sobrevivencia era muy penosa, éste se guiaba únicamente por una moral utilitaria. Por lo que cuando no podía proteger a los seres inútiles, ni proporcionarles alimentos, les anticipaba la muerte para librarles de sus sufrimientos:

“ ‘ Cuando el hombre era un lobo para el hombre, cuando las familias y las tribus reñían combates sangrientos, los vencidos pudieron considerar como un deber rematar, para evitarles las torturas de un enemigo cruel, a los heridos de su tribu que estaban demasiado graves para huir’ ”¹

Estas prácticas han prevalecido hasta nuestros días bajo distintas formas. En ciertos pueblos antropófagos estaba en uso todavía en el siglo XIX matar a los niños enfermos y a los ancianos impotentes, para preparar festines muy apreciados. Los viejos padres encontraban esta costumbre muy natural y pensaban que no podían tener sepultura más honrosa que el estómago de sus hijos.

¹ JIMÉNEZ DE ASÚA, Luis. *Libertad de Amar y Derecho a Morir*. Séptima edición. Editorial Depalma. Buenos Aires, Argentina. 1984. Pág. 363

Entre los pueblos en los que se daban muestras, no sólo de selección, sino también de prácticas de eutanasia, encontramos al de los celtas, quienes no daban muerte únicamente a los niños deformes o monstruosos, sino también a los ancianos enfermos.

Los Hottentots, individuos de una Nación indígena que habita cerca del Cabo de Buena Esperanza (cabo del extremo austral de África), solían, cuando sus padres tenían una edad muy avanzada, abandonarlos entre los matorrales. Algo muy similar acostumbraban los lapones en Noruega.

Por otra parte, en la isla Viti-Levu a los ancianos se les estrangulaba sobre una sepultura abierta. Mientras que en el pueblo africano de los bosquimanos, hacían que los devoraran. Entre los esquimales, se cree que se practicaba una especie de eutanasia voluntaria, pues por petición del anciano o del enfermo se le abandonaba tres días en un iglú el cual era herméticamente cerrado. En cambio, en el antiguo rito sabino o lacial (*depotani senes*) que tenía lugar en un pueblo de Italia, a las personas muy ancianas se les arrojaba al río.

En la India antigua, los enfermos incurables eran llevados por sus allegados a orillas del río Ganges, en donde se les asfixiaba casi completamente, llenándoles las narices y la boca con barro, para posteriormente arrojarlos al río sagrado.

Los antiguos pobladores del río Nilo, tenían la costumbre de rematar a los caídos en los combates con el fin de evitarles sufrimientos.

b) Grecia y Roma

La eutanasia, desde tiempos inmemoriales, ha sido relacionada con conductas tales como el suicidio y el homicidio. En tal sentido, cabe mencionar que el suicidio fue considerado por los filósofos griegos y romanos, en determinadas circunstancias, como un acto heroico. Así, “Hegesias fue célebre por las descripciones elocuentes que hizo sobre las miserias de la vida y la felicidad de la muerte voluntaria. Sus discursos desencadenaban suicidios en masa, por

lo que el rey Ptolomeo le prohibió hablar en público sobre este tema'.² En virtud de considerar esta acción como heroica, para los Gimnosofistas, los Godos, los Tracios, los Héruos y los Visigodos, la muerte natural constituía una infamia. Precisamente en el Territorio de los Visigodos se encontraba la “*Roca de los Abuelos*”, desde cuya altura se precipitaban los viejos cuando estaban cansados de la vida. No obstante a lo mencionado anteriormente, el suicidio no fue regulado jurídicamente.

Aristóteles consideraba que el suicida ofendía al Estado y que por ello en la práctica se le cortaba la mano derecha, era enterrado en un lugar alejado y sus descendientes quedaban privados del derecho a la ciudadanía. Con el transcurso del tiempo se aceptó el suicidio siempre y cuando se obtuviera el permiso del Senado, quien era el órgano responsable de examinar y deliberar conforme a los motivos manifestados por el suicida.

Entre los suicidas griegos más importantes encontramos a Sócrates, Cleombroto y Catón.

Se tiene conocimiento de que Sócrates fue acusado de impiedad y de corruptor de la juventud, motivo por el cual se le condenó a muerte. Uno de sus discípulos le ofreció la posibilidad de escapar, sin embargo, rechazó esta posición prefiriendo, por respeto a la ley, provocarse la muerte.

Catón, quien fue máximo representante de la aristocracia senatorial frente al triunvirato de Craso, César y Pompeyo, combatió posteriormente a César uniéndose a Pompeyo y tras ser derrotado en Tapso, se suicidó.

En Grecia y Roma hubo grandes filósofos que se mostraron partidarios de la idea de ayudar a morir a los ancianos, a los agónicos y a los incurables. Entre estos grandes pensadores se encuentran Platón, Epicuro y Plinio. “El primero, en su *República*, expone ya conceptos de

² DÍAZ ARANDA, Enrique. *Del Suicidio a la Eutanasia*. Primera edición. Editorial Cárdenas. México. 1997. Pág. 7.

carácter solucionador, primero, alabando a Esculapio por haber propuesto el cuidado tan sólo de enfermos curables y el abandono a su propio destino de los desahuciados, y patrocinando el homicidio de los ancianos, de los débiles y de los enfermos. Epicuro, por su parte, pensaba que debíamos hacer lo posible por que la vida no nos fuera odiosa; pero una vez que se nos hiciera insoportable debíamos terminarla. Plinio, en fin, llega a discutir las enfermedades en que ‘los físicos podían dar la muerte’.³

Sócrates y Platón consideraban que la existencia de enfermedades dolorosas era suficiente motivo para dejar de vivir. La idea de morir con dignidad fue defendida por Poseidoppos y Cicerón, siendo llevada hasta sus últimas consecuencias por Diógenes, Zenón, Epicuro, Pomponio Ático, Silicio Itálico, Tito Aristón, Cornelio Rufo y Albucio Silo, Eraistrató, Eratóstenes y Latrone. Todos ellos optaron por no esperar a la degradación que suponían las enfermedades que les aquejaban, empleando para su muerte diversas formas que iban desde la cicuta hasta la inanición.

“Diógenes Laercio en su *Historia de la Filosofía* cuenta que el filósofo griego Diógenes se suicidó cuando cayó gravemente enfermo... Zenón, fundador de la escuela estoica de Atenas murió a los 72 años de edad, probablemente se suicidó.

Epicuro (342-270) no llegó a suicidarse, pero se embriagó para no tener conciencia de su muerte...

Cornelio Nepote, escritor latino del siglo I antes de Cristo, en su libro ‘*De viris illustribus*’ nos cuenta de otro filósofo epicúreo, Pomponio Ático, quien cuando cayó enfermo de disentería y fiebre trató de quitarse la vida mediante un ayuno total, pero éste le sirvió de medicina, pues a los tres días sanó completamente. Alegres sus discípulos por tan inesperado resultado trataron de disuadir al maestro de su siniestro propósito, más el filósofo persistió en su actitud y murió a los tres días.

³ JIMÉNEZ DE ASÚA, Luis. Ob. cit. Pág. 382.

Igual tipo de muerte se provocaron Silicio Itálico, Tito Aristón, Cornelio Rufo y Albucio Silo, según nos cuenta Plinio el joven en sus Epístolas.

Erasístrato, médico alejandrino afligido por una grave úlcera se dio muerte con la cicuta... Plutarco (46-125) nos cuenta que Eratóstenes gran geógrafo y astrónomo, bibliotecario de la Biblioteca de Alejandría, al quedar ciego se dejó morir. Marco Anneo Séneca, el Retórico nos narra el suicidio de M.P. Latrone angustiado por terribles fiebres”.⁴

Séneca, quien fuera un filósofo y político romano, mencionaba lo siguiente en favor a una muerte anticipada:

“Si concurren circunstancias que le aflijan y turbe su sosiego, dejará la vida; y no ha de esperar al último extremo para abandonarla... Darse la muerte o recibirla, acabar un poco después o un poco antes, ha de ser para él (el sabio) enteramente lo mismo...

Por lo demás, la vida más larga no siempre es la mejor; pero la muerte, sí que es tanto peor cuanto más larga... La mejor muerte es la que más nos guste...

¡Cómo! ¿He de esperar la crueldad de una dolencia o la de los hombres, cuando puedo escapar de todo sufrimiento y sustraerme a los golpes de la adversidad? La mejor razón para no quejarse de la vida es que ella no retiene al que la quiera dejar”.⁵

No obstante a lo considerado por estos importantes filósofos griegos y romanos, en el año 421 a. C., Hipócrates, médico griego, escribe en Atenas su famoso “Juramento”, el cual hasta nuestros días constituye el sustento de los Códigos deontológicos médicos. El doctor en derecho Enrique Díaz Aranda, en su libro “*Del Suicidio a la Eutanasia*”, extrae párrafos interesantes que consideramos necesarios transcribir:

⁴ PÉREZ VALERA, Víctor M. *Eutanasia ¿Piedad? ¿Delito?*. Segunda edición. Editorial Jus. México. 1989. Págs. 95, 96.

⁵ DÍAZ ARANDA, Enrique. Ob. cit. Págs. 9, 10.

“Parágrafo 1. Juro por Apolo médico y por Asclepio y por Higia y por Panacea y por todos los dioses y diosas, tomándoles como testigos que, cumpliré, en la medida de mis fuerzas y criterio, el juramento y compromiso siguiente:

Parágrafo 3. Dirigiré el régimen con visitas a la utilidad de los enfermos en la medida de mis fuerzas y me abstendré de todo mal e injusticia.

Parágrafo 4. No administraré a nadie un fármaco mortal aunque me lo pida, ni tomaré la iniciativa de tal sugerencia. Del mismo modo tampoco daré a una mujer un pesario abortivo. Pasaré mi vida y ejerceré mi arte en forma inocente y pura.

Parágrafo 5. No operaré ni siquiera a los enfermos de cálculo, sino que lo dejaré en manos de los hombres que realizan tal práctica.

Parágrafo 8. Así pues, si doy cumplimiento a este juramento, sin falta, que se me conceda disfrutar de la vida y de mi arte en medio de la consideración de todos los hombres hasta el último día; pero si lo violo o me vuelvo perjuro, que me suceda lo contrario”.⁶

Con relación al tema del bien morir, el médico griego Areteo de Capadocia, decía: “jamás es lícito a ningún médico procurar una muerte con el propósito de poner término a los mayores sufrimientos. Pero les está permitido, cuando no pueden mitigar la crueldad de un mal presente, obnubilar la mente del enfermo con narcóticos y somníferos”.⁷

En la historia de Roma también encontramos casos importantes de suicidios, entre ellos se pueden mencionar el de Bruto, soldado y político romano, quien se quitó la vida después de ser derrotado junto con Casio por Marco Antonio y Octavio. Además de los múltiples suicidios ocurridos principalmente en los periodos de emperadores crueles como Nerón y Tiberio. Por

⁶ Ibid. Págs. 8, 9.

⁷ Ibid. Pág. 10.

cierto, Nerón, después de que los pretorianos se sublevaron ante su despótico Imperio, se refugió en una de sus casas de campo y, al parecer, a petición suya fue muerto por un liberto.

Fue en Roma donde ante la invasión a este Imperio por Marco las mujeres viéndose perdidas sin remedio, arremetieron con furor insano a sus maridos que huían, les dieron cruel muerte, degollaron a los tiernos infantes que tenían al pecho, y por último, atándose el cuello a sogas sujetas en los carros tiraron con fuerza hasta ahogarse.

Cabe mencionar que dentro del derecho Romano Antiguo, el suicidio no fue objeto de regulación jurídica alguna. Sin embargo, esta situación se modificó en la última fase de la República y durante el Imperio, periodo en el cual el suicidio fue regulado, única y exclusivamente, con el fin de evitar fraudes al fisco mediante dicha conducta. De esta forma, en el “Código” se dispuso la confiscación de los bienes de quienes se suicidaban con el fin de evitar la pena derivada de la comisión de un delito.

De acuerdo con el “*Digesto*”, dicha sanción se imponía porque la conducta suicida tenía la finalidad de soslayar la condena y el cargo de conciencia que supone ser un criminal. Sin embargo, si los motivos del suicida habían sido distintos al anterior tales como la enfermedad, el aburrimiento o la euforia, los herederos no tenían problema alguno en la sucesión

Poco a poco fueron aumentando los requisitos para confiscar los bienes del suicida. Así, Papiano reiteró la confiscación de los bienes sólo en los casos en que el sujeto se suicidará durante un proceso seguido en su contra por la comisión de algún delito o cuando se le sorprendiera *in fraganti*. Posteriormente, se requirió que el delito cometido por el suicida fuera de los sancionados con pena de muerte o deportación. Más tarde, se llegó a requerir que la responsabilidad fuera probada.

La interpretación que se podía dar al acto suicida era variable, se dice que Adriano, ante un supuesto de parricidio, consideró que el suicidio del padre se había debido al dolor de haber

perdido a su hijo y no al cargo de conciencia del parricidio cometido, por lo que resolvió no confiscar sus bienes.

Respecto al homicidio consentido Mommsen, estudioso del Derecho Romano a quien cita Díaz Aranda en su obra *“Del Suicidio a la Eutanasia”*, sostiene que en la *Ley Cornelia* se juzgaba homicida al que diera muerte a otro no importando que lo hiciera por compasión. Por lo tanto, si el homicidio consentido se sancionaba como homicidio simple, las penas a imponer iban desde la deportación en una isla y privación de todos los bienes hasta la pena de muerte, según la clase social del sujeto activo.

Por otra parte, aunque en el *“Digesto”* se encuentra descrita una forma de auxilio al suicidio consistente en la conducta observada por los farmacéuticos al vender temerariamente alguna clase de veneno, en el *“Código”* la norma parece estar dirigida exclusivamente a la sanción de los homicidios cometidos por ese medio y no al uso del veneno para suicidarse.

Dejando a un lado el Derecho Romano, hemos de mencionar que las prácticas llevadas a cabo en la sociedad espartana con fines eugenésicos, sirvieron de antecedente, al igual que el suicidio, a la eutanasia.

Los espartanos abandonaban en un bosquecillo lindante en las montañas situadas entre Esparta y Calamata a los niños considerados como demasiado débiles para ser soldados.

El niño Griego se desarrollaba en un mundo muy agradable si lograba sobrevivir los primeros quince días pues diez días después de nacido, el padre podía revisar al bebé y si lo encontraba deforme o débil, mandar que lo dejaran a la intemperie en algún lugar público para que de esta forma muriera. En Roma, la eutanasia neonatal estaba legalmente autorizada (*partus portentosus*): el padre podía matar, en el acto de nacer, al hijo gravemente deforme (*Ley IV de las Doce Tablas*).

Platón, en el *Libro III de la República* escribió: “Por consiguiente, establecerás en nuestra república una jurisprudencia y una medicina tales cuales acabamos de decir, que se limitarán al cuidado de los que han recibido de la naturaleza un cuerpo sano y un alma hermosa. En cuanto a aquellos cuyo cuerpo está mal constituido, se les dejara morir, y se castigará con la muerte a aquellos otros cuya alma sea naturalmente mala e incorregible”.⁸

En el *Libro IX de las Leyes*, no se habla de la muerte involuntaria, sino del suicidio con fines eutanásicos, el cual Platón parece aprobar al contradistinguirlo del suicidio por debilidad o cobardía, para el que sí establece penas graves: “Y que pena dictaremos contra el homicidio de lo más íntimo y más querido que tenemos en el mundo, quiero decir contra el homicidio de sí mismo, que corta, a pesar del destino, el hilo de sus días, aunque el Estado no le haya condenado a morir, ni se haya visto reducido a tal situación por alguna horrible e inevitable desgracia sobrevenida inopinadamente, ni por ningún oprobio de tal calidad que hiciera para él odiosa e insoportable la vida, sino por una debilidad y una cobardía extremas se condena a sí mismo de esta pena que no merece”.⁹

c) Inglaterra

Durante la Edad Media, las guerras, pestes y epidemias de la época, inspiraron una profunda preocupación sobre el arte del bien morir. Preocupación influenciada por el gran espíritu religioso de esos tiempos.

Sin embargo, con Tomás Moro y Francis Bacon surgieron nuevas visiones al respecto. Con Tomás Moro se retoma el tema de la eutanasia, y con Francis Bacon la palabra.

Tomás Moro, político y humanista inglés, canonizado por la iglesia católica en 1935, defendió la eutanasia en su célebre obra “*Utopía*” publicada en Lovaina en 1516.

⁸ PÉREZ VALERA, Víctor M. Ob. cit. Pág. 97.

⁹ Id.

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

Aquellos que son persuadidos se dejan morir de hambre o reciben la muerte mientras duermen, sin darse cuenta. Pero a ninguno se le elimina contra su voluntad, ni dejan de brindarle sus cuidados, convencidos de que así se actúa honradamente’.”¹⁰

En el siglo XVII, Francis Bacon, político, científico y filósofo inglés, a quien se atribuye el uso del término eutanasia, propugnaba la “muerte buena” con las siguiente palabras:

“ De nuevo para insistir un poco más: considero que la misión del médico no consiste sólo en restaurar la salud, sino también en mitigar los dolores y sufrimientos; y no únicamente cuando ese alivio pueda conducir a la curación, sino también cuando pueda proporcionar, aún sin esperanza de recuperación, un partir de la vida más suave y tranquilo...

Actualmente, en cambio, los médicos casi religiosamente, cuidan a los enfermos incurables, cuando a mi juicio, si no quieren faltar a su misión y al deber de humanidad, deberían aprender el arte de facilitar diligentemente una suave partida de esta vida. Llamamos a

¹⁰ Ibid Pág. 99.

esta investigación eutanasia exterior (para diferenciarla de la interior que atiende a la preparación del alma), la cual consideramos muy deseable’.”¹¹

Bacon reprocha a los médicos el reducir su labor a la curación de enfermedades y al restablecimiento de la salud y no prestar atención al estudio de la eutanasia e insiste en que el deber de éstos es, no sólo mitigar el dolor produciendo la curación, sino también ayudar al enfermo a tener una fácil y pacífica muerte.

La ideología eutanásica iniciada por Tomás Moro siguió imperando en Inglaterra gracias a la influencia del ensayo sobre el suicidio publicado por David Hume en 1785 en el que postulaba el derecho a, con toda libertad y conciencia, “despedirse de la vida”.

Más tarde, en 1873, L.A. Tollemache publicó un muy significativo artículo que llevaba por título “*La nueva cura de los incurables*”. Se trataba de un verdadero manifiesto a favor de la legalización de la eutanasia voluntaria. Este artículo surgió como un apoyo a una proposición similar hecha por S.D. Williams el año anterior. La opinión pública en Inglaterra no se hizo esperar, el tema causó gran polémica. No obstante, Tollemache publicó una apología en la que llegó a afirmar que en casos de gravísimos sufrimientos, no importando que el paciente se opusiera, se le dejara fallecer por muerte natural.

d) Alemania

La polémica iniciada por Tomás Moro, Francis Bacon, Hume y Tollemache, entre otros personajes ingleses, continuó en Alemania con la aparición del libro de A. Just, “*Das Recht auf den Tod*” (el derecho a la muerte) en 1895.

¹¹ DÍAZ ARANDA, Enrique. Ob. cit. Pág. 14.

La controversia suscitada con relación al tema de eutanasia aumentó en este país, al publicarse en 1922 la segunda edición del fascículo de Karl Binding y Alfred Hoche¹². En éste hacían alusión a la “vida sin valor” que tan notablemente había descrito Nietzsche en *“El Crepúsculo de los Ídolos”*:

“El enfermo es un parásito de la sociedad. Llegado a cierto estado, no es conveniente vivir más. La obstinación en vegetar cobardemente, esclavo de los médicos y de las prácticas médicas, después que se ha perdido el sentido de la vida, el ‘derecho a la vida’, debería determinar por parte de la sociedad un desprecio profundo. Los médicos, por su parte, estarían encargados de ser los intermediarios de ese desprecio, no recetarían a ese enfermo, sino que aportarían cada día a su enfermo una nueva dosis de ‘disgusto’. Crear una nueva responsabilidad, la del médico, para todos los casos en que el más alto interés de la vida ascendiente exige que se descarte y rechace sin piedad la vida que degenera -por ejemplo en favor del derecho de vivir.. - Morir altivamente cuando ya no es posible vivir altivamente. La muerte elegida libremente, la muerte en el momento deseado, con lucidez y corazón alegre, que tiene lugar en medio de hijos y testigos, cuando todavía es posible un adiós real, cuando el que nos deja existe todavía y es verdaderamente capaz de valuar lo que ha querido, de recapitular su vida. Todo ello en oposición con la piadosa comedia que representa el Cristianismo a la hora de la muerte’.”¹³

La ideología eutanásica poco a poco se fue materializando. En el año de 1933 se promulgó una ley encaminada a prevenir las enfermedades hereditarias y con esto se justificó la esterilización obligatoria. Tal es el caso que para el año de 1939, al estallar la Segunda Guerra Mundial, 375 000 personas, incluyendo a obreros que habían perdido un miembro por algún accidente de trabajo, habían sido esterilizados.

¹² El psiquiatra Alfred Hoche y el jurista Karl Binding en 1920 ya habían publicado un pequeño libro llamado *“La Destrucción de la Vida Carente de Valor”*. En esta obra los autores destacaban las ventajas económicas que reportaría la supresión de determinados pacientes cuya “vida carecía de valor”.

¹³ PÉREZ VALERA, Víctor M. Ob. cit. Págs. 101, 102.

En forma paulatina el programa eutanásico fue tomando auge. Ahora la consigna, no era sólo la esterilización con el fin de evitar las enfermedades hereditarias, sino también la exterminación de hombres, mujeres y niños con retraso mental grave, o bien, deformados severamente. Aproximadamente 25 000 personas fueron eliminadas por esta “muerte misericordiosa”. Miles de niños fueron asesinados en los hospitales pediátricos

Más tarde, aumentó el prototipo de personas elegidas para sufrir la llamada “muerte misericordiosa”, había que desaparecer a los niños con orejas ligeramente deformadas o a los que se orinaban en la cama y ofrecían dificultades para ser entrenados. Muchos niños murieron convulsionando dramáticamente por las inyecciones de yodo que les fueron aplicadas y a otros simplemente se les dejó morir de hambre.

Los ancianos no podían quedar fuera del alcance de estas, despiadadas prácticas. Muchos ancianos o simplemente débiles fueron eliminados en cámaras de gases. Las personas de edad avanzada suplicaban llorando que no los llevaran a los hospitales, pues sabían que después de los débiles mentales, los próximos “inútiles” y “parásitos”, eran ellos. Así, miles de ancianos que llegaban al hospital Hadamar en camiones fueron exterminados.

Entre los estragos que iba dejando la guerra estaba la carencia de alimentos, situación que fue magnífica para seguir llevando a cabo estas perversas prácticas, pues como consecuencia de ello se dejó morir por inanición a miles de seres “inútiles” cuya vida “carecía de valor”.

Los gitanos, judíos, polacos y rusos también fueron víctimas de esta ideología enferma, ya que fueron perseguidos y asesinados por el ejército alemán.

“En una ocasión se realizaron 120 asesinatos para poder proveer de rusos y judíos al museo antropológico de la Universidad de Estrasburgo. A otros prisioneros se les mutilaba o se les utilizaba para que los médicos recién egresados realizaran sus prácticas quirúrgicas..

A todo esto hay que añadir los criminales experimentos médicos. Fueron tristemente célebres los experimentos con el bacilo de la fiebre tifoidea. En un campo de concentración (Buchenwald) de enero de 1942 a enero de 1943, de 729 personas 154 murieron en este experimento, sin contar a los del ‘grupo de pasaje’, a los que inyectaron sólo para conservar el virus vivo y a la mano”.¹⁴

De esta forma la “muerte misericordiosa” se convirtió en una verdadera farsa que sirvió para eliminar a miles de personas que no pidieron morir, a quienes se asesinó de la forma más cruel e inhumanamente posible por la razón de no formar parte de la raza elegida por el “supremo creador” que supuestamente eran los alemanes. Todos estos asesinatos fueron encubiertos bajo la palabra eutanasia, cuando la verdadera denominación a estas atrocidades es la de genocidio.

e) Países Sudamericanos

Entre los habitantes del campo de los países sudamericanos era común la costumbre de despenar a aquéllos que sufrían heridas y accidentes graves. Es importante señalar que este hábito raras veces se practicó en casos de enfermedades crónicas, y se despenó utilizando siempre un arma blanca.

En Argentina, así como en otros países de Sudamérica, esta práctica se imponía casi como un deber de amistad.

Jiménez de Asúa, en su libro *“Libertad de Amar y Derecho a Morir”* hace alusión a lo que el maestro argentino José Ingenieros señala con relación a esta costumbre: “despenar es un deber de buen amigo, y negarse a hacerlo se reputa como un acto deshonesto, mezcla de impiedad y cobardía”.¹⁵

El mismo José Ingenieros relata un caso que le consultó un juez en provincia:

¹⁴ Ibid. Pág. 105.

¹⁵ JIMÉNEZ DE ASÚA, Luis. Ob. cit. Pág. 366.

“Un hombre de cuarenta años, tuberculoso pulmonar y con lesiones laringo-esofágicas que le impiden tomar alimentos, comienza a verse morir de hambre. Durante dos años ha recorrido muchos hospitales urbanos vendiendo más tarde un campito para entregarse al pillaje de curanderas y manosantas. Reducido a la mayor miseria, sin ánimo ni recursos para permanecer en la ciudad, regresa a su pueblecito de campaña, donde un viejo amigo de infancia le hospeda caritativamente en su rancho pobrísimo. Al principio, el enfermo sobrelleva su situación; come algo, y sus fuerzas le permiten moverse en la cama para satisfacer sus necesidades más premiosas. A poco andar, la deglución tórnese difícil y el estado general reduce al enfermo a una completa inacción, como de quien se ve morir de hambre, día por día, hora por hora. En tal situación, pide a su buen amigo, a su hermano de toda la vida que lo despene. El otro se resiste, intenta alentarle, le dice que tal vez pueda sanar. Después de pocos días el enfermo renueva su pedido, con igual resultado. La tercera vez se realizó el hecho, que el acusado refiere en la forma siguiente: A las 8 p.m. el enfermo lo llamó por señas, y con gemidos, pues desde tiempo atrás tenía gran dificultad para hablar, se le echó al cuello, llorando y gimiendo en forma tan desesperada, que él también se echó a llorar, hondamente conmovido. En este momento el enfermo cayó de espaldas, sofocado por un horrible acceso de tos, que parecía volcar los pulmones por la boca, y mirando fijamente a su amigo, como implorándole, tomó su mano derecha con las dos propias y la llevó hasta su cuello instándole a apretar con muecas desesperadas. El amigo no recuerda más. Dice que estaba llorando, con el corazón partido de pena; apretó un momento, dando vuelta a la cara para no ver, pero el infeliz se quedó en seguida tranquilo, como si le estuvieran haciendo un gran bien. Después, el estrangulador notificó a los vecinos que el enfermo había fallecido, lo que a nadie extrañó, porque todos sabían su extrema gravedad, y, por creerlo inútil, no dijo que lo había despenado. Al regresar al rancho se encontró con un colono italiano, y, según declara el procesado, ‘no sabiendo qué contarle, se me ocurrió decirle de cómo le tuve que ayudar a morir al pobre Juan’. El italiano, formado en un medio en que no era excusable un acto de esa clase, denunció el hecho. Detenido el criollo, declaró tranquilamente que no había contado antes cómo habían pasado las cosas porque no se le había ocurrido que fuera malo y por impedirle hablar de ello la propia aflicción en que le tenía la muerte de su amigo. El funcionario policial que le tomó

declaración agregó este comentario: ‘Parece, que realmente, don C. no cree haber hecho nada malo, y más bien que ha cumplido con los deberes de amistad’.¹⁶

1.1.2. En México

Proclamada la Independencia del país (1821), y después del breve Imperio de Iturbide, en noviembre de 1823 un segundo Congreso proclama la república y elabora una Constitución: La Constitución de 1824, que decreta la Independencia y soberanía de los Estados de la Federación en cuanto a su régimen interno. De esta forma, cada entidad federativa adquiere la facultad de proclamar sus propias leyes.

Después de estos acontecimientos, se suscitaron varios ensayos de República Centralista (1835-1846, 1853-1855), pero finalmente el Federalismo, al menos en su aspecto jurídico, fue consagrado definitivamente en el artículo 4º de la Constitución del 5 de febrero de 1857. No obstante a ello, la influencia del régimen virreinal provocó que todo el país, desde 1821 hasta 1869, fuera regido por las mismas leyes penales, excepto el estado de Veracruz.

a) Código de Veracruz

En el año de 1835 aparece formalmente, en el estado de Veracruz, el primer Código Penal del México Independiente. En la elaboración de este importante documento participaron los diputados Bernardo Coutu, Manuel Fernández Leal, Antonio María Salorio y José Julián Tornel, principalmente.

El Código de Veracruz de 1835 no legisla explícitamente sobre la eutanasia, pero sí encontramos en él artículos que podemos relacionar con ella. Tal es el caso del artículo 542 sobre ayuda al suicidio, ubicado en la Tercera Parte: “Delitos contra los particulares”, bajo el Título I: “Delitos contra la persona”, que a la letra dice: “el que ayudare a otra persona en el acto de suicidarse, o el que antes lo proveyere de medios al efecto, conociendo lo que intenta, o dejare de dar aviso correspondiente a quien deba o pueda impedirlo, se tendrá como cómplice

¹⁶ Ibid. Pág. 348, 349.

de homicidio, sujeto a las penas que respectivamente quedan establecidas en la primera parte de este Código. Nunca, sin embargo, se le impondrá la capital, a no ser que haya sido él quien sedujo u obligó al suicida a darse la muerte”.

Consideramos importante mencionar este artículo porque en él se regulan las conductas de auxilio e inducción al suicidio, que pueden ser dos formas de eutanasia, aunque no se hace alusión a los móviles de piedad que tendrían que anteceder a estos comportamientos.

Cabe señalar, que el artículo 542 tiene ciertas ambigüedades, pues hace referencia a los supuestos en que se considera a una persona “cómplice de homicidio”, lo cual no es muy preciso porque en él se está aludiendo a la conducta del suicidio lo que, en todo caso, implicaría hablar de complicidad en éste y no en el homicidio. Además de que, en sentido estricto ser cómplice de homicidio supone un tercero que realiza el homicidio, en el cual se coopera, aquí en cambio, se trata de complicidad en el suicidio.

Creemos que la redacción de este artículo hubiera sido más precisa si se hablara de la complicidad en el suicidio, estableciendo las penas para tal conducta las respectivamente señaladas para el homicidio.

En el mismo sentido, y refiriéndonos a la última conducta contemplada en el artículo en cuestión, que hace referencia al supuesto en que se sancionará con pena capital a “quien sedujo u obligó al suicida a darse muerte”, surge la inquietud de cuestionarnos si se podría denominar suicida a la persona a quien se le obliga a darse muerte. Lo cual respondemos con una negativa, pues la persona que obliga a otra a darse muerte es un homicida, por lo tanto la persona quien se da muerte no es una suicida sino una víctima de homicidio.

Por otra parte, es necesario hablar de las penas que se establecen para las conductas observadas en el artículo 542 pues en ellas vamos a encontrar elementos que podemos relacionar con el tema en comento.

La pena para los cómplices se establece en el artículo 105 que señala: “Lo mismo sucederá¹⁷ con los cómplices cuya cooperación haya sido tan importante que sin ella no se hubiera cometido el delito. En caso contrario, los jueces, tomando en consideración todas las circunstancias del caso y las personas, impondrán una pena extraordinaria menor siempre que la ordinaria, a más de presenciar el castigo de los principales delincuentes, si fuere éste el de muerte o de vergüenza pública”.

La pena ordinaria del homicidio de la que se habla en el artículo 104 para los autores, y en el artículo 105 para los cómplices se señala en el artículo 522: “El que matare a otro fuera de los casos para los que expresamente se ha establecido pena en los artículos precedentes, sufrirá desde dos años de prisión hasta trabajos perpetuos, según fueren más o menos agravantes las circunstancias del delito”.

Lo importante en lo relativo a las penas es que, si la pena ordinaria para el homicidio es de dos años de prisión hasta trabajos perpetuos, la pena extraordinaria a la que hace alusión el artículo 105 deberá ser menor de dos años, quedando al criterio del juez valorar las circunstancias atenuantes de cada caso y señalar la sanción que le parezca justa. Esto, aplicado a la complicidad en el homicidio a la que hace referencia el artículo 542, la cual como ya mencionamos hubiera sido mejor denominar complicidad en el suicidio, da la pauta a considerar que en tal caso, y según las circunstancias en que esta complicidad se dé, se puede aplicar una pena extraordinaria. Dando así, cierta expectativa a la eutanasia

b) Código de 1871

La Independencia de México no trajo consigo cambios radicales. El aspecto jurídico, y por supuesto la materia penal no fueron la excepción, pues continuaron en vigencia el Fuero Juzgo, las Siete Partidas, la Novísima Recopilación, la Recopilación de Indias, la Constitución de 1812 y otros decretos especiales. Las nuevas leyes penales fueron creadas dentro de una gran inestabilidad política. Muchas de ellas fueron arbitrarias, como la ley “del caso” del 26 de

¹⁷ Hace referencia al art. 104 en el que se señala la pena ordinaria que sufrirán los autores principales.

marzo de 1833. Los delincuentes fueron sometidos a base del terror y de juicios sumarísimos. La perspectiva legislativa en materia penal era más bien anárquica.

Para tratar de modificar esta situación el presidente Benito Juárez nombró una comisión para que redactara un Proyecto de Código Penal para el Distrito Federal y Territorios de Baja California. Sin embargo la intervención Francesa frustró este proyecto. Una nueva comisión bajo la dirección del Licenciado Antonio Martínez de Castro fue instituida en 1868. De esta forma, el 7 de diciembre de 1871 el Código Penal fue promulgado. Este nuevo Código, en gran parte, era una adaptación del Código Penal Español de 1870, al que se incorporaban ideas fundamentales de la Constitución de 1857.

Al igual que en el de 1835 de Veracruz, en este Código, tampoco se trató expresamente el tema de la eutanasia. Sin embargo, el artículo 559, además de hacer referencia a la inducción o ayuda al suicidio, alude al homicidio consentido, otra modalidad de eutanasia, al hablar de la voluntad y orden de la persona para morir.

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

Como podemos darnos cuenta, en este artículo, lo mismo que en el 542 del Código de Veracruz de 1835, no se hace mención de los móviles o motivos piadosos que deben influir en la observancia de esas conductas.

“Este Código fue adoptado por la mayoría de los Estados: Yucatán el 2 de octubre de 1871, Guerrero en junio 26 de 1872, Campeche en octubre 21 de 1872, Zacatecas en diciembre 2 de 1872, San Luis Potosí en diciembre 7 de 1872, Chiapas en diciembre 13 de 1872, Tamaulipas en junio 12 de 1873, Coahuila en 20 de agosto de 1874, Sinaloa en noviembre 11 de 1874, México en enero 12 de 1875, Hidalgo en febrero 5 de 1875, Puebla en

noviembre 30 de 1875, Colima en junio 22 de 1878, Oaxaca en diciembre 15 de 1878 y Morelos mayo 30 de 1879.”¹⁸

En 1912 se organizó la revisión del Código de 1871, y por lo que se refiere al artículo 559, éste no sufrió modificación alguna.

c) Código Penal de 1929

La creación del Código Penal de 1929 no fue fácil, ya que, además de tener la misión de suplir al Código de 1871 que estaba impregnado de un espíritu de perfección y bondad, presentaba defectos considerables.

El Código Penal de 1929 estuvo muy influenciado por la corriente positiva de César Lombroso y Enrique Ferri, por lo que pretendía el mejoramiento del ambiente social más que el castigo del delincuente. De esta forma, proliferaron las multas que se especificaban por medio de “días de utilidad”. Las críticas y protestas a este Código no se hicieron esperar, y el mismo Emilio Portes Gil ordenó su revisión.

Con relación a nuestro tema, podemos mencionar tres artículos del Código en comentario

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

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

¹⁸ PÉREZ VALERA, Víctor M. Ob. cit. Págs. 240, 241

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

Lo relevante de estos tres artículos lo ubicamos en el artículo 984 que hace una innovación al señalar características del sujeto pasivo.

Aunque los Códigos mencionados no hacen alusión expresa al tema de la eutanasia consideramos que, de una forma u otra, dan expectativas a ella al hacer referencia en su redacción a alguna de sus modalidades: suicidio, inducción al suicidio, homicidio consentido. Además de que las penas impuestas para tales casos tienen cierta atenuación.

Es importante hacer la observación de que ninguno de los artículos anteriormente comentados cita los móviles de piedad que tendrían que anteceder a las conductas mencionadas, y que en algunos casos, no se habla de suicidio, inducción al mismo u homicidio consentido, sino de homicidio en el sentido estricto de la palabra

1.2. ANTECEDENTES DEL SIDA

1.2.1. En el mundo

a) Algunas teorías

Desde su detección, en los primeros pacientes con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), hasta la fecha, no se ha explicado con exactitud el origen del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). La inquietud de dar respuesta a este polémico tema, ha dado nacimiento a diversas teorías:

Una de ellas manifiesta que el virus surgió en la Unión Soviética o en Estados Unidos de América como arma de guerra biológica, otros planteamientos hacen alusión a que surgió en Africa Central, y aunque los gobiernos africanos niegan constantemente esta teoría, algunas investigaciones han demostrado, que en monos macacos de Asia y Africa se encuentra un virus

muy similar (llamado tipo III linfotrópico de células T de simios 'STLV-III'), se ha llegado a sugerir que es una enfermedad del antiguo Egipto, tal vez proveniente de la tumba del rey Tut o quizá una enfermedad bíblica, una hipótesis señala que es posible que Haití haya sido la fuente real de la epidemia. En fin, han surgido numerosos razonamientos intentando resolver la problemática pero aún no se ha podido determinar, a ciencia cierta, la procedencia del VIH.

b) Estados Unidos

La aparición de enfermedades contagiosas desconocidas no es algo nuevo, desde tiempos inmemoriales éstas han sido causa de inquietud en la humanidad. "Desde la peste en Atenas en el siglo IV a.C. hasta el presente, las enfermedades recién reconocidas han causado preocupación y miedo entre el público. Desde 1964, por lo menos 18 nuevas infecciones han sido publicadas en la literatura médica... En la lista se encuentran la fiebre de Lassa, la enfermedad de los legionarios y el síndrome de choque tóxico, que han atraído gran publicidad." ¹⁹

Sin embargo ninguna enfermedad había causado tanta polémica, discusión, antipatía y miedo como el SIDA. Situación que se atribuye a diversas causas, entre ellas, que su detección se da en forma indirecta a través de la existencia de enfermedades oportunistas que son mortales, al estilo de vida que tienen que adoptar las personas infectadas, a la competencia abierta entre los investigadores por la identificación del microorganismo causal, así como a la incapacidad de las profesiones de salud para dar respuesta al público sobre los riesgos de exposición al virus.

El SIDA fue descrito como una nueva entidad clínica en el año de 1981 en los E.U.A., específicamente en la ciudad de Los Angeles y en Nueva York. Los primeros casos fueron detectados en varones homosexuales jóvenes a partir de haberseles detectado un agrupamiento inhabitual de enfermedades, tales como sarcoma de Kaposi y neumonía por *Pneumocystis carinii*. Aunque los síndromes mencionados ya se habían presentado en algunas ocasiones en

¹⁹ DURHAM, Jerry D. y Felissa L. Cohen. *Pacientes con SIDA: Cuidados de Enfermería*. Tr. Hermelinda Acuña Díaz. Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V. México. 1990. Pág. 1.

grupos bien definidos, por ejemplo el sarcoma de Kaposi en varones ancianos de origen mediterráneo y la neumonía por *Pneumocystis carinii* en pacientes de cáncer gravemente enfermos, su aparición en personas jóvenes previamente sanas no tenía precedentes. Al corroborarse que la mayoría de los primeros casos de este nuevo síndrome clínico se presentaron en varones homosexuales, se asoció la enfermedad al estilo de vida propio de esta población.

Con la revolución sexual que tuvo lugar en las décadas de 1960 y 1970 hubo una mayor aceptación social de la homosexualidad, lo que trajo como consecuencia un incremento de la promiscuidad, ya que proliferaron los saunas y otros lugares para contactos homosexuales, inclusive algunas veces indiscriminados. Debido a esto no fue sorprendente que se consideraran ciertos factores, tales como la frecuente exposición al esperma, la exposición rectal al semen o las ampollas de nitrato de amilo o de butilo utilizadas para estimular la capacidad sexual, como causas potenciales del SIDA.

Lo que preocupaba a muchas personas pertenecientes a la comunidad de homosexuales era la rapidez con que esta enfermedad fue catalogada como una “epidemia de homosexuales”. Por otra parte, lo que inquietaba a los investigadores de los *Centros para el Control de Enfermedades (CCE)* era que la neumonía por *Pneumocystis carinii* y el sarcoma de Kaposi probablemente resultaban de una causa o causas desconocidas, que de una forma u otra, destruían la capacidad inmunológica del cuerpo. De la misma forma, fue alarmante la propagación rápida e inesperada de la enfermedad, pues de los trece casos notificados a finales de la primavera de 1981, en donde se notificaron dos sucesos: un brote de cinco casos de neumonía por *Pneumocystis carinii* en la ciudad de Los Angeles y otro de ocho por sarcoma de Kaposi en la ciudad de Nueva York, la cifra aumentó a 129 en septiembre del mismo año, y en enero de 1982, esta cantidad había llegado a 259 casos de SIDA, aumentando a 514 en julio de ese año. Esto representó una duplicación de los casos cada cinco meses, sin una disminución a la vista²⁰

²⁰ Cfr. *Ibid.* Págs. 2, 3.

No transcurrió mucho tiempo cuando comenzaron a descubrirse casos de SIDA en otros tipos de poblaciones, tales como los adictos a drogas intravenosas y los hemofílicos. En estos casos se pensó que aunque estas personas no habían sufrido necesariamente una exposición a las ampollas de nitrato de amilo o butilo o a frecuentes dosis de semen por vía rectal, al igual que los homosexuales masculinos podrían haberse expuesto a frecuentes dosis inmunoestimulantes de proteínas extrañas y antígenos histicos. En el caso de los hemofílicos, se consideró la responsabilidad de los preparados de factores de coagulación obtenidos a partir de la mezcla de sangre de un gran número de donantes. Por lo que respecta a los drogadictos por vía intravenosa, el aumento de la exposición a antígenos histicos extraños podría deberse al uso de agujas sucias contaminadas por pequeñas cantidades de sangre de usuarios anteriores.

El hecho de que el VIH se detectara, no sólo en personas cuyos estilos de vida se consideraban "anormales", sino también en sujetos sin precedentes de este tipo, provocó en forma repentina que el público en general tomara conciencia de que el virus se podía extender a toda la población. Esta situación generó que el pánico se diseminara por todo el país.

Tal era el temor ante una enfermedad desconocida que las situaciones extremas no se hicieron esperar: Un periodista que regresaba de Haití se percató de que un oficial de la aduana rehusaba tomar su pasaporte, había propuestas de que las personas infectadas por el virus fueran puestas en cuarentena, en los vecindarios de homosexuales los conductores de autobuses usaban guantes para recoger a los pasajeros, algunas madres no permitían a sus hijos acudir a las albercas públicas, la policía se negaba, en algunos casos, a solicitar la extradición de criminales que se sabía tenían SIDA, y muchas otras más.

El origen de la enfermedad se convirtió en una fuente de especulaciones y en un tema político importante en el ámbito internacional

La aparición del SIDA en los bancos de sangre, subrayó otra vez su similitud con la hepatitis B. Este hallazgo sirvió para reforzar que se trataba de un virus y, más probablemente de un retrovirus. Se inició una búsqueda para encontrar al agente responsable. Se notó muy al

inicio de los estudios de pacientes con SIDA que sus células T estaban comprometidas. Los investigadores en E.U.A., los CCE y del Instituto Nacional para el Cáncer, y en Francia los del Instituto Pasteur, centraron su atención en una familia de virus que se sabía causaba leucemia de células T: el virus linfotrópico-T humano (HTLV).

En el espacio de un año, el equipo francés y el de E.U.A. anunciaron el descubrimiento del microorganismo causal. Desafortunadamente, cada equipo afirmaba haber descubierto diferentes gérmenes. Pasaron muchos meses antes de que todos coincidieran que lo que ambos estudiaban era el mismo microorganismo, llamado originalmente HTLV-III/LAV (virus linfotrópico-T humano tipo III/virus relacionado con la linfadenopatía, que es el nombre combinado de ambos hallazgos anunciados). En mayo de 1986, un equipo de trabajo patrocinado por el Comité Internacional de Taxonomía de Virus recomendó que al virus del SIDA se le llamara virus de inmunodeficiencia humana o HIV (del inglés, *human immunodeficiency virus*).

La publicidad acerca de la indagación del origen del VIH y la competencia surgida entre los investigadores ocultó los grandes cambios relacionados con el problema social del SIDA. Desde la identificación de la enfermedad, los CCE establecieron un equipo de trabajo para atender el brote, además recibieron ayuda de las autoridades locales, en especial en San Francisco y la ciudad de Nueva York. Aunque el trabajo más impresionante fue el de la comunidad de los homosexuales quienes organizaron una serie masiva de esfuerzos educacionales, de salud y de apoyo, en parte para autoprotegerse, ya que por lo general, este grupo sentía desconfianza hacia las autoridades que nunca habían apoyado sus intereses.

La respuesta al SIDA por parte de estos grupos, a nivel profesional, fue extraordinaria. Así como en la pandemia de la influenza en 1918 cuando se recomendó cerrar las escuelas y los teatros, o durante el máximo brote de polio en 1949 y 1950, cuando en algunos lugares se cerraron las albercas y otros locales recreativos y educativos, los focos de propagación del SIDA fueron el punto de partida de las autoridades y de los grupos de la comunidad homosexual. Entre algunas medidas inmediatas que se tomaron estuvo la de distribuir material

que describía actividades sexuales seguras (sexo seguro) y que al mismo tiempo invitaba a su cumplimiento voluntario. En otras ciudades como San Francisco, Nueva York y los Angeles, la población logró que se cerraran los baños públicos y los clubes de sexo. El éxito de estas campañas se vio mejor reflejado en una disminución del 90% en el porcentaje de enfermedades venéreas en las comunidades homosexuales en San Francisco.²¹

c) Haití

Una hipótesis señala la probabilidad de que la epidemia del SIDA haya tenido su origen en Haití. Sin embargo, en opinión de investigadores experimentados, en este país el SIDA no apareció hasta 1979, un año después de que comenzó la epidemia actual. Este dato hace suponer que el SIDA se presentó primero en E.U.A. y luego en Haití.

Aún no se ha podido determinar cómo se llevó el agente del SIDA a este país. Existe la posibilidad de que haya sido a través del contacto homosexual llevado a cabo en festividades estadounidenses para quienes la isla ha sido un lugar muy atractivo.

En realidad pocos haitianos, debido a los tabúes culturales contra las relaciones homosexuales, han aceptado tener contactos de tipo homosexual. No obstante a ello, se tiene conocimiento de que en ese país hay prostitución homosexual en varones. Los prostitutos varones son generalmente heterosexuales haitianos que tienen por lo regular una familia y recurren a esta actividad para aumentar sus ingresos que son escasos.

Consecuentemente, es muy probable que el contacto homosexual entre haitianos y turistas estadounidenses haya sido la causa de la existencia del SIDA en Haití y posteriormente pudo diseminarse con rapidez en esta población por contacto sexual.

Durante algún tiempo se consideró a los haitianos como un grupo separado de alto riesgo. Sin embargo, en mayo de 1985, los enfermos de SIDA nacidos en Haití ya no se

²¹ Cfr. *Ibid.* Pág. 5.

registraron como una categoría separada de riesgo de SIDA, pues los CCE los incluyó en los “casos heterosexuales” o, en algunos casos, en otra categoría de transmisión.

La causa de una alta frecuencia de SIDA en personas de ascendencia haitiana origina actualmente confusión. No se entiende por qué razón, siendo la ecología natural de Haití similar a la de otros países del Caribe y suponiendo que el SIDA es endémico, no tenga una frecuencia alta en otros países como la República Dominicana. Se piensa que la influencia de factores como los que enseguida señalaremos hacen difícil la tarea de determinar los factores de riesgo en los haitianos: Existe un fuerte estigma social contra la homosexualidad en Haití, los que participan en la prostitución masculina tal vez no se consideren a sí mismos homosexuales, hay una inconsciencia cultural y dificultades en el lenguaje que pueden impedir la obtención de una historia correcta, ejemplo de ello es que para los haitianos la palabra para designar la homosexualidad es el transvestismo, los que se encuentran ilegalmente en E.U.A. quizá son más reticentes acerca de una costumbre social no deseada.

Otra costumbre que puede considerarse importante es la de las inyecciones intramusculares que son aplicadas por personas no capacitadas quienes reutilizan agujas y jeringas sin esterilizar. En Haití, el 94% de los pacientes con SIDA informó haber recibido esas inyecciones durante los cinco años antes de la aparición de la enfermedad.²²

d) Africa

Africa fue el lugar en el que primero centraron su atención los investigadores, pues consideraron la posibilidad de que en aquel continente tuviera su origen el SIDA. La pauta a este razonamiento surgió del hecho de que enfermedades virales graves que son recientes, como las producidas por el virus de Ebola, Marburg y de la fiebre Lassa, incluyendo el sarcoma de Kaposi que se presenta con mayor frecuencia en Africa Ecuatorial, en donde es endémico, se reconocieron primero en Africa.

²² Ibid. Pág 37.

Existen varias investigaciones que señalan la probabilidad de que el huésped natural sea el mono verde africano. No obstante, los infectados con alguna de las enfermedades mencionadas anteriormente, en situaciones normales mueren de forma rápida, y en quienes sobreviven, la respuesta inmunológica mata a los virus después de una corta viremia, por lo tanto, no son capaces de mantener una epidemia en el hombre.

Al iniciarse la notificación de los primeros casos de SIDA en Europa se observó algo muy interesante, en países como Bélgica y Francia un número considerable de casos se presentó en personas nativas de Africa Central o bien, en europeos que habían residido en Africa durante mucho tiempo. Lo cierto es que ninguna de estas personas pertenecía a los denominados grupos de riesgo de SIDA, ya que eran personas previamente sanas, varones y mujeres sin antecedentes de abuso de drogas, transfusiones u homosexualidad.

Además de la posibilidad de que el VIH fuera endémico y originario de Africa, el SIDA en este país llamó la atención por otros motivos. Se observaron algunas diferencias en el patrón de la enfermedad entre los pacientes africanos: las vías de transmisión principales eran las relaciones heterosexuales, afectaba por igual a hombres y mujeres, lo contraían más los niños, básicamente a través de mecanismos de transmisión perinatal, la presencia de enfermedades oportunistas era diferente ya que la neumonía por *Pneumocystis carinii* se presentaba con mayor frecuencia en la población occidental, mientras que en Africa las enfermedades de la piel, las complicaciones intestinales, incluyendo diarrea grave, y la meningitis por criptococos eran más comunes.

Algo interesante que cabe mencionar, es que informes anteriores indican que en Africa sucedieron casos de SIDA desde mediados y finales de la década de 1970. Uno de los primeros casos notificados se dio en el año de 1976 en Zaire y fue el de una cirujana danesa que adquirió la enfermedad mientras trabajaba en este país y quien falleció un año después. Aunque por otra parte, también se dice que el antecedente más temprano de infección por VIH fue la detección de anticuerpos por Weiss en muestras serológicas recolectadas en Kinshasa, Zaire en 1959.

Aparentemente, en las prostitutas de Nairobi, el VIH se introdujo desde 1980, con una propagación transcontinental a Kenia a partir del África Central. Debido a estos y otros datos, investigadores estadounidenses consideraron que el agente del SIDA escapó de su limitación geográfica y cultural, y se ha diseminado. Inclusive, se piensa que los primeros norteamericanos tal vez se infectaron a principios y mediados de la década de 1970 cuando se estaba desarrollando el turismo de E U A en África central.

Ahora bien, algunos antropólogos explican que el hecho de que en África se dé con mayor incidencia el índice de infectados por VIH a través de las relaciones heterosexuales se deba quizá a un periodo de homosexualidad que experimentan los varones jóvenes de África Central antes del matrimonio y que culturalmente es normal. Además de que también es posible que la práctica de la circuncisión femenina extrema resulte en desgarramiento y hemorragia durante el coito vaginal permitiendo así, el contacto con sangre durante la actividad sexual en heterosexuales en África. Esta práctica sería un factor común entre los homosexuales en occidente.

“Ha sido difícil reunir información correcta en África y, por lo tanto, es limitada. En una conferencia en Bangui, república del África Central, realizada en octubre de 1985, los participantes de nueve países africanos acordaron permitir a la O.M.S. coordinar un sistema de control y diseñar un mecanismo uniforme de notificación de casos... Las implicaciones de una amplia propagación de la enfermedad en África son políticamente sensibles, como lo es la discusión de su posible origen africano.”²³

1.2.2. En México

a) Primeros casos

Los primeros enfermos de SIDA en México, fueron diagnosticados a raíz de haber sido reportados con sarcoma de Kaposi (el 75%) y neumonía por *Pneumocystis carinii* (el 25%). Se tiene conocimiento de que estos enfermos iniciaron su padecimiento en 1981, pero no fue sino

²³ Ibid. Pág. 23.

hasta 1983, cuando se notificó formalmente el primer caso en un hombre con tendencias homosexuales.

Desde los primeros años de la pandemia VIH/SIDA en México, se identificaron tres vías de transmisión: la sexual, la sanguínea y la perinatal

En cuanto a la transmisión de VIH por vía sexual, se determinó que ésta podía darse a través de la relación homosexual, bisexual u heterosexual, pudiendo entrar el virus al cuerpo al tener relaciones sexuales pene-vagina, pene-ano o pene-boca sin protección.

El primer caso de SIDA diagnosticado en México fue el de un hombre homosexual, y desde esta fecha hasta marzo de 1995, se habían notificado 9 053 casos en hombres homosexuales y bisexuales (más de la tercera parte señaló el antecedente de prácticas bisexuales), siendo este grupo el que hasta esa fecha concentraba el mayor número de casos. De 1983 a 1984 el total de casos de SIDA correspondía a hombres con tendencias homosexuales y bisexuales, para 1988 el 80% y en 1994 el 60%.²⁴

Con relación a la transmisión heterosexual en mujeres, no contamos con el dato de la fecha en que se notificó el primer caso por esta vía, sin embargo, la tendencia de los casos de SIDA en mujeres por transmisión heterosexual aumentó durante el lapso transcurrido entre los años 1991 y 1995, y desde 1993 representó más del 60% en este sexo. Llama la atención, en forma alarmante, el dato obtenido en esas fechas con relación a que la tasa de infección por el VIH en mujeres con relaciones heterosexuales, era siete veces mayor que en las prostitutas que, obviamente tenían múltiples parejas.²⁵

Para 1995, en nuestro país, se habían registrado 3 147 casos de SIDA en hombres por aparente transmisión heterosexual, cifra para ese entonces mayor a la de los casos en mujeres

²⁴ Cfr. "Epidemiología del VIH/SIDA en México; de 1983 a marzo de 1995". Salud Pública. V. 37, n° 6, México, noviembre-diciembre, 1995. Pág. 564.

²⁵ *Ibid.* Pág. 562.

por esa misma vía. Respecto a estos datos, se elaboró un sobrerreporte, llegándose a la estimación de que 62% de los casos notificados como heterosexuales correspondían a individuos con prácticas homosexuales y bisexuales.

A pesar del sobrerreporte, se obtuvo la información de que la tendencia de los casos de SIDA en hombres por vía heterosexual se había incrementado en el periodo de los años 1991 a 1995.²⁶

En lo que se refiere a la forma de transmisión por vía sanguínea, se descubrió que la infección por VIH podía ocurrir a través de la transfusión de sangre contaminada, la administración de derivados de sangre igualmente contaminada, la reutilización de jeringas contaminadas, así como también por medio de los accidentes con agujas y otro tipo de objetos punzo-cortantes contaminados con sangre proveniente de personas seropositivas o pacientes con SIDA.

En 1985 se reportaron los primeros dos casos de SIDA asociados a transfusión sanguínea, los cuales se presentaron en mujeres adultas. Desde 1985 hasta el 1 de julio de 1994 se habían acumulado en México un total de 19 090 casos de SIDA por esta vía de transmisión, de los cuales 18 539 correspondían a adultos y 551 a pediátricos. Del total de casos registrados en adultos en los que se tenía identificado el factor de riesgo de infección, 12.3% se asoció a transfusiones, 2.3% se presentó en exdonadores remunerados y 1% en pacientes hemofílicos. Por otra parte, del total de casos pediátricos de los que se tiene información sobre la vía de transmisión, 25% correspondía a niños transfundidos y 17.3% a hemofílicos.

En México, como en otros países del mundo, la población más afectada por la transmisión sanguínea del VIH/SIDA a través de transfusiones ha sido la de las mujeres, la proporción de casos relacionados a transfusiones contaminadas desde el inicio de la epidemia hasta 1995 fue de 52%, mientras que para los varones adultos esa proporción fue de 5.7%.

²⁶ Ibid. Pág. 563.

En los casos pediátricos se presentó un diferencial en sentido inverso en el número de casos por transfusiones entre hombres y mujeres, con 70 casos entre los varones y 46 en mujeres.²⁷

Por otra parte, en 1987 se reportaron los primeros casos de SIDA en varones que habían sido donadores de sangre remunerados. Al año siguiente, en 1988, se notificó la misma cantidad en mujeres. Hasta el 1 de julio de 1994 se habían informado 318 casos de SIDA por esta vía de transmisión, siendo 275 de ellos varones (86.5%) y 43 mujeres (13.5%). Sin embargo, y a pesar de que las proporciones que representaban este número de casos eran muy parecidas, 2.3% y 2.1% respectivamente, el análisis de las tasas de SIDA asociado a donaciones remuneradas por sexo revelaba que el riesgo era mucho mayor para varones: 10.4 casos por millón de habitantes, mientras que la cifra correspondiente a las mujeres era de 1.42. Esta situación se explica porque el número de individuos de sexo masculino que se dedicaban profesionalmente a la donación de sangre y/o plasma en México era superior al de las mujeres.²⁸

Al hablar de la vía de transmisión sanguínea no podemos dejar de hacer alusión a los casos de SIDA en personas con hemofilia, en quienes se consideró la responsabilidad de infección de los preparados de factores de coagulación obtenidos a partir de la mezcla de sangre de un gran número de donantes y cuyos primeros casos fueron notificados, tanto en adultos como en niños, en 1987, correspondiendo 11 a hombres adultos y 13 a niños entre 1 y 14 años. Hasta 1995 no se habían reportado casos en menores de 1 año

El número de casos de SIDA en pacientes hemofílicos creció en forma constante desde 1987, año en que se registraron 24 casos, hasta 1991 cuando ya había reportados 53. Aunque

²⁷ Cfr. "La Estrategia de Prevención de la Transmisión del VIH/SIDA a través de la Sangre y sus Derivados en México". *Salud Pública*. V. 37, n° 6, México, noviembre-diciembre, 1995. Pág. 627.

²⁸ *Ibid.* Pág. 630

la proporción que representan el total de casos de SIDA se había mantenido relativamente estable, a partir de 1992 pareció mostrar una tendencia a la disminución.²⁹

Otra de las formas de transmisión del VIH/SIDA, como ya lo mencionamos, es vía perinatal, la cual constituye, hasta nuestros días, la forma de transmisión más frecuente en niños. Con relación al SIDA en niños, cabe mencionar que en 1987 se diagnosticó el primer caso en un niño con hemofilia. Además de la vía perinatal (58.4%), la transmisión sanguínea (24.1%) y la hemofilia (15.7%) son otras de las causas de infección en niños, aunque también se han notificado casos de contagio por abuso sexual.

Al igual que en el caso de las mujeres, el SIDA en niños relacionado con transfusión sanguínea y hemofilia está descendiendo, sin embargo, y debido al aumento del SIDA por transmisión heterosexual, los casos por transmisión perinatal han aumentado.³⁰

El primer impacto de la epidemia de SIDA tuvo lugar en grandes áreas urbanas: el primer reporte de casos en los Estados Unidos de América (E.U.A.) se notificó en la ciudad de Los Angeles (1981) y las primeras notificaciones en México en el Distrito Federal (1983). En nuestro país, no fue sino hasta 1986 cuando se empezó a señalar la importancia de los casos en el área rural.

Tres años después de la notificación del primer caso de SIDA en México, registrado en el área urbana, se presentaron los primeros cinco casos en el área rural procedentes de Guerrero, Jalisco, Nuevo León, Sinaloa y Veracruz, de los cuales tres tenían como antecedente visitas a E.U.A. Posteriormente se notificaron casos rurales en todo el país, existiendo, para 1995, una mujer infectada por cada cuatro hombres en esta área, mientras que en el área urbana la relación de infección por VIH era de una mujer por cada seis hombres.³¹

²⁹ Ibid. Pág. 763.

³⁰ Cfr. "Epidemiología del VIH/SIDA en México; de 1983 a marzo de 1995". Ob. cit. Pág. 563.

³¹ Cfr. "Casos de SIDA en el Área Rural en México". *Salud Pública*. V. 37, n° 6, México, noviembre-diciembre, 1995. Págs. 617, 618.

En otro aspecto, es importante que mencionemos que en los casos notificados durante los años 1983 y 1984 no se tenía evidencia de laboratorio de la infección por VIH, ya que no estaban disponibles aún las técnicas serológicas. Además, debido a que la definición de caso de SIDA no incluía síndrome de desgaste, tuberculosis, ni manifestaciones neurológicas, ningún enfermo fue notificado con estas características.

Cabe señalar que la primera definición de caso de SIDA se basó en criterios clínico-epidemiológicos y fue publicada en 1982, un año después de la notificación de los primeros casos en E.U.A. Tres años después, en junio de 1985, los *Centros para el Control y Prevención de Enfermedades* (CDC)³² publicaron una nueva definición de caso de SIDA, a la cual anexaron criterios de diagnóstico de laboratorio y aspectos clínicos. Posteriormente, en 1987, basados en mejores conocimientos sobre la fisiopatología y manifestaciones clínicas, se propuso una nueva definición incluyendo algunas otras enfermedades oportunistas, tales como el síndrome de desgaste y la encefalopatía por VIH. Finalmente en diciembre de 1992 se publicó la definición de caso de SIDA "expandida", que concluyó como criterio el conteo de linfocitos T CD4, agregándose además, tuberculosis pulmonar, neumonía recurrente y cáncer cervicouterino de tipo invasor.

A raíz de la notificación de los primeros casos de SIDA en México, se adoptó la definición de caso formulada por los CDC en 1982 y su revisión en 1985.

En marzo de 1987 se publicó la primera definición de caso "mexicana", la cual fue adaptada de la elaborada por los CDC en 1985 y la propuesta por la OMS para países africanos. En septiembre de 1988 se formuló en México una segunda definición, en ésta se anexaba la tuberculosis pulmonar a la definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1988, que a su vez se había basado en la definición emitida por los CDC en 1987.

³² *Centers for Disease Control* (Centros para el Control y Prevención de Enfermedades): Organismos de Salud Pública responsables de la investigación de epidemias e informes de enfermedades nuevas o raras, en E.U.A.

Esta definición fue utilizada durante cuatro años y en 1993 se agregó la neumonía recurrente y el cáncer cervicouterino invasor y, por considerarse poco factible para nuestro medio, se decidió no adicionar el criterio de conteo de linfocito T CD4.

Las definiciones a las que hemos hecho referencia anteriormente, aluden única y exclusivamente a adultos. En 1987, en el mes de julio, se publicó en el Boletín de SIDA de México la traducción y adaptación de la definición de caso de SIDA aplicable a los niños, publicada por los CDC en el Reporte Semanal de Mortalidad y Morbilidad.

El mayor conocimiento de las manifestaciones clínicas de los pacientes con VIH/SIDA en nuestro país y los cambios en la definición epidemiológica de caso han permitido un mejor diagnóstico y tratamiento.

En México, las diez infecciones oportunistas más frecuentemente diagnosticadas en pacientes con SIDA hasta 1995 fueron: candidiasis, neumonía por *Pneumocystis carinii*, neumonía por agente no especificado, tuberculosis, herpes simplex, herpes zoster, criptosporidiasis, criptococosis, toxoplasmosis y salmonelosis. Además de que, a parte del sarcoma de Kaposí, se habían reportado la presencia de otras neoplasias como linfoma no Hodgkin y cáncer cervicouterino invasor.

b) Factores de riesgo

La búsqueda de factores de riesgo de transmisión del VIH en México se inició en 1985 a través de estudios transversales. Identificándose así, que en varones homosexuales el antecedente de contacto sexual con extranjeros o en viajes a otros países constituía un factor de riesgo importante.

Durante los años que van de 1987 a 1989 se analizaron los factores de riesgo en homosexuales. Este estudio indicó que el antecedente de enfermedades de transmisión sexual, el elevado número de parejas sexuales, el coito anal y las duchas rectales se asociaban a la infección por este virus.

En cuanto a la transmisión heterosexual se describieron los factores de riesgo de transmisión de hombre a mujer y de mujer a hombre. Se observó que en el caso de transmisión hombre-mujer se tenía el antecedente de que la pareja sexual permanente estaba infectada por el virus o pertenecía a un grupo de alto riesgo: bisexual, usuario de drogas intravenosas, hemofílico o bien, exdonador de sangre remunerado.

En el caso de transmisión mujer-hombre, el factor de riesgo estaba relacionado a la referencia de ser pareja sexual de una mujer infectada, ya fuera por vía transfusional, exdonadora de sangre y, en menor proporción, adicta a drogas intravenosas

En México se estudiaron los factores de riesgo de transmisión heterosexual en hombres por causa de mujeres infectadas, describiéndose factores que coincidían con los reportados en otros países, como el coito anal y el antecedente de leucorrea.

El factor de riesgo de infección de VIH con mayor fuerza de asociación se describió en los donadores de paga en bancos de plasma. Aunque no dejó de darse trascendental importancia a otros factores de riesgo relacionados con la vía de transmisión sanguínea, tales como la transfusión de sangre contaminada, la administración de derivados de sangre infectada, la reutilización de jeringas contaminadas, principalmente por usuarios de drogas intravenosas, y los accidentes con agujas y otro tipo de objetos punzocortantes contaminados con sangre proveniente de personas seropositivas o pacientes con SIDA. Por cierto, estas circunstancias trajeron como consecuencia la adopción de medidas legales para prevenir el contagio por estos conductos.

En el grupo de pacientes pediátricos los factores de riesgo fueron diferentes, la principal vía de transmisión fue la perinatal, siendo los factores de riesgo en este caso ser hijo de madre infectada o de madre perteneciente a un grupo de alto riesgo, o bien, que el cónyuge se encontrara infectado.

Por otra parte, se determinó que la transmisión perinatal podía suceder vía trasplacentaria o durante el parto, en donde el paso por el canal vaginal y la mezcla de sangre fetal y materna eran muy importantes. Al respecto, se demostró que la operación césarea no previene la infección.

En los casos de transmisión heterosexual en el área rural se identificó como factor de riesgo el antecedente de migración de la pareja sexual, principalmente hacia los E.U.A., por cuestiones económicas. Es de mencionarse que existe una migración temporal y estacional de una gran cantidad de campesinos mexicanos hacia los E.U.A., lo que propicia la interacción entre ambas poblaciones, especialmente entre aquellos individuos con vida sexual activa. Por lo general, se trata de hombres que viajan a aquel país sin su familia, que viven la mayoría del tiempo en granjas y que tienen contacto sexual con trabajadoras de sexo comercial, o que inclusive practican encuentros sexuales con hombres que trabajan en las mismas granjas, y que regresan al terminar la cosecha, a su hogar en las áreas agrícolas de México.

En comparación de los hombres, la migración de las mujeres es mucho menor.

c) México ante la epidemia

Al igual que en la mayoría de los países occidentales, los primeros casos de SIDA en México ocurrieron en hombres homosexuales. Al inicio de la epidemia se ignoraba la causa del SIDA, lo que favoreció al desarrollo de la estigmatización y culpabilización contra los homosexuales por verlo como una enfermedad propia de ese grupo y de otros individuos sexualmente promiscuos o socialmente indeseables.

Por tal razón, fueron primero los grupos de activistas homosexuales quienes, a través de organizaciones no gubernamentales, iniciaron la lucha contra este padecimiento, teniendo que enfrentar el estigma, la incompreensión, la intolerancia y la ignorancia, que eran mayor que ahora. En aquellos tiempos, su trabajo se enfocó a hacer que la sociedad aceptara la sexualidad en sus diversas manifestaciones y que aprobara hablar de homosexualidad, de pene, de vagina, de condón, y otros temas inherentes a la sexualidad.

Como ya se hizo mención, los primeros enfermos de SIDA en México empezaron a notificarse en 1983, sin embargo el trabajo en nuestro país inició desde 1981, a partir de haberse detectado en E.U.A. los primeros casos de infección provocada por el VIH. Durante el período de años transcurridos entre 1981 y 1984 el propósito, a nivel gubernamental, se limitó a conocer la distribución y la frecuencia de los casos de SIDA.

El trabajo efectuado durante esos años trajo como consecuencia la obtención de datos descriptivos y la identificación de factores de riesgo. De esta forma se dio a conocer que el SIDA no era una enfermedad propia de homosexuales producto de sus conductas, sino que también estaba asociada a transfusiones de sangre, a la donación remunerada de la misma y a la recepción de sus hemoderivados por pacientes hemofílicos. Por tal circunstancia, en 1985, después de detectarse los primeros casos asociados a transfusiones sanguíneas, se inició la utilización voluntaria de pruebas de detección del virus en donadores de sangre, sobre todo en los bancos de sangre públicos de mayor tamaño. Paralelamente a la utilización de esta medida preventiva, en mayo de 1986, se iniciaron los procedimientos legales que finalizaron con la publicación en el *Diario Oficial de la Federación* de la norma que establece la obligatoriedad de la detección de infección por VIH en todos los donadores de sangre, tanto en bancos de sangre públicos y privados, como de aquéllos cuya sangre se utilice para la producción de derivados del plasma.

Para dar cumplimiento a este ordenamiento legal las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE y otras) y los hospitales privados desarrollaron su propia infraestructura de laboratorios de tamizaje de sangre. Además de que en 1987 se inició el establecimiento, en cada una de las entidades federativas, de *Centros Estatales de Transfusión Sanguínea* que actualmente forman parte de la *Red Nacional de Laboratorios de Diagnóstico de VIH/SIDA*, que adicionalmente tienen a su cargo la supervisión de los bancos de sangre de su entidad, incluyendo la vigilancia del cumplimiento de la normatividad en materia de donación y tamizaje de sangre en dichos establecimientos.

En mayo de 1987, como otra medida de prevención del VIH a través de la sangre, se prohibió su comercio. Sin embargo, a pesar de las medidas tomadas desde 1985 para disminuir la prevalencia de infección en donadores de sangre, ésta siguió siendo muy alta, pues aunque descendió de 2.6 a 0.7%, en comparación con las cifras que se observaban en ese momento en países industrializados, entre ellos Nueva York que desde entonces era una de las ciudades con mayor prevalencia de SIDA en el mundo: de 0.1% a 1.6%, la cifra de prevalencia de infección en donadores de sangre en México siguió siendo muy alta.³³ Esta situación se atribuyó al hecho de que algunas personas con prácticas de riesgo se presentaban como donadoras con el propósito de que les fuera realizada la prueba de detección del VIH y de esta forma conocer su estado serológico de manera gratuita, además de que algunas no identificaban sus prácticas como de alto riesgo, por ejemplo los heterosexuales promiscuos.

En México, la tradición de donación de sangre altruista e incluso familiar es reciente, y desde la prohibición de su comercialización hasta nuestros días, han existido muchos mitos respecto a los efectos adversos que genera la donación de sangre por sí misma. Esta circunstancia dio pauta para que en algunos hospitales en donde se solicitaba la donación familiar como requisito para el internamiento, los exdonadores remunerados se acercaran para ofrecerse a donar por ellos a cambio de un pago.

Con la finalidad de exterminar prácticas, como las anteriormente señaladas, que aumentaban la prevalencia de seropositivos entre los donadores de sangre y la posibilidad de que alguna persona con prácticas de riesgo se encontrara en una etapa denominada como periodo de ventana inmunológica durante la cual no fuera posible detectar la infección a través de las técnicas convencionales de tamizaje, se diseñaron una serie de actividades educativas dirigidas tanto a los donadores como a los receptores potenciales y a sus familias.

Fue también en 1987 cuando con las reformas, publicadas en el *Diario Oficial de la Federación* el 27 de mayo de ese mismo año, se dio otro gran avance para combatir el

³³ Cfr. "Epidemiología del VIH/SIDA en México; de 1983 a marzo de 1995". Ob. cit. Pags. 631, 632.

problema que representa el SIDA al incorporarse el mismo en la lista de enfermedades de notificación obligatoria.

En virtud de la inclusión del SIDA a la lista mencionada, se consideró necesario que las autoridades sanitarias realizaran actividades tendientes a su vigilancia epidemiológica, así como a su prevención y control con el fin de combatirlo. Estas razones hicieron necesario contar con una instancia que en forma organizada coordinara las acciones de los sectores público, social y privado, tendientes a luchar contra la infección por VIH. De esta forma se creó, mediante decreto publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el día 19 del mes de agosto de 1988, el *Consejo Nacional para la Prevención y Control del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida*, órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud cuyo objeto consiste en promover, apoyar y coordinar las acciones de los sectores público, social y privado tendientes a combatir la epidemia de dicha enfermedad.

En cuanto a las estrategias informativas y educativas, podemos señalar que la primera campaña instructiva sobre el SIDA a través de los medios de comunicación masivos, se realizó en 1987, y fue diseñada para informar sobre los mecanismos de transmisión y las medidas preventivas, combatiendo los mitos prevalecientes desde entonces, al mismo tiempo que promovía la monogamia y el uso del condón.

Es importante hacer referencia a que en México la instrumentación de las medidas, así como la cronología de las mismas se debieron en forma conjunta al avance del conocimiento de la epidemia que se dio en todo el mundo, a las particularidades de su comportamiento a nivel nacional y a la factibilidad técnica, legal y operativa de su puesta en marcha.

d) Sobrevida y mortalidad de los enfermos

En el periodo de años transcurridos entre 1990 y 1995 se observó un incremento en la sobrevida de los enfermos de SIDA. Este aumento de vida estuvo relacionado al uso de antirretrovirales, antibióticos específicos para infecciones oportunistas y al manejo integral de los pacientes.

En un estudio realizado con pacientes de SIDA a principios de los noventas se observó que el promedio de sobrevivencia en pacientes de condición socioeconómica elevada, quienes fueron atendidos en un hospital privado de alta tecnología en el Distrito Federal, era de 31 meses. Mientras que en pacientes con SIDA de nivel socioeconómico medio tratados en hospitales de seguridad social, la sobrevivencia media fue de 13.9 meses.³⁴

El VIH/SIDA en México representa uno de los problemas de salud pública más importantes debido a su elevada magnitud, trascendencia, vulnerabilidad, al número de infectados por el virus y a la cantidad de enfermos de SIDA, así como a las muertes ocurridas por la misma causa.

A casi veinte años de haberse notificado la aparición del SIDA en México, la epidemia continúa creciendo y las tasas de incidencia acumulada y las de prevalencia siguen aumentando, principalmente en hombres en edad productiva. La mortalidad por SIDA es una de las formas de medir el impacto ocasionado por el padecimiento.

La trascendencia del SIDA en México estriba en la ocurrencia de muertes en edades tempranas. En 1995 se determinó que el promedio de edad de las defunciones por este padecimiento era de 33 años, estimándose más de 400 000 años de vida perdidos.³⁵

En 1983 se notificaron los primeros cinco casos de muerte por SIDA, en 1984 se informaron siete y en 1985 había registradas 53 muertes en forma acumulada. En 1986 se registraron 112 casos más, cifra que duplicaba a los tres años anteriores, con una tasa estimada de 1.37 por cada millón de habitantes. Estas cifras continuaron creciendo, y para 1992, se habían registrado 8 204 defunciones a causa del SIDA (siendo el 86.1% hombres) con una tasa valorada de 2.9 por cada 100 000 habitantes y ocupando el lugar 19º como causa principal de muerte. Los grupos de edad registrados como los más afectados fueron los de 25-34 y 35-44, sobre todo en hombres, desplazando como principales causas de muerte a la tuberculosis

³⁴ Ibid. Págs. 566, 568.

³⁵ Id.

pulmonar, el suicidio y las lesiones autoinfligidas, la diabetes *mellitus*, la enfermedad cerebrovascular y el síndrome de dependencia del alcohol.³⁶

Es de esperarse que las cifras de muertes a causa del SIDA sigan aumentando, pues la mortalidad por este padecimiento es un reflejo tardío de la dinámica de infección por VIH y el subsecuente diagnóstico de SIDA.

Es importante señalar que existen factores que propician que los estimadores de magnitud e impacto del SIDA constituyan una subestimación del comportamiento real de esta epidemia. Sin embargo, las estadísticas proveen, al menos, un límite inferior de la cuantificación del proceso de infección por VIH/SIDA.

Debido a que el SIDA fue descrito en fecha posterior a la elaboración de la *IX Clasificación Internacional de Enfermedades* y a, para 1995, su reciente evolución ascendente, la clasificación específica de muerte por SIDA en forma sistemática se dio a partir de 1988, cuando en México se acordó utilizar el código número 184 en todos los decesos por esta causa.

Asimismo, es necesario destacar que debido a que la historia natural de la infección por el VIH/SIDA consiste en el deterioro del sistema inmunológico del individuo afectado, de forma tal que se pueden desarrollar en él infecciones oportunistas y neoplasias, los certificados médicos pueden indicar como causa de muerte a este tipo de patologías y no al SIDA precisamente. A esta situación se suma un proceso de subregistro y subnotificación ocasionado por la falta de diagnóstico del padecimiento por ineficiencia en la atención médica de los pacientes, o incluso por el cambio de diagnóstico en forma intencionada a causa de la estigmatización social que representa el diagnóstico de SIDA, particularmente por el estereotipo de transmisión sexual al interior de algunos grupos marginados, y por el deseo del médico tratante y/o de los familiares de no ser estigmatizados aún después de fallecido el paciente.

³⁶ "La Mortalidad por el SIDA en México de 1983 a 1992. Tendencias y años perdidos de Vida Potencial". *Salud Pública*. V. 37, n° 2, México, marzo-abril, 1995, págs. 140-142.

CAPITULO II

MARCO LEGAL Y DOCTRINAL DE LA EUTANASIA Y EL SIDA

CAPÍTULO II

MÀRCO LEGAL Y DOCTRINAL DE LA EUTANASIA Y EL SIDA

2.1. CONCEPTOS DE EUTANASIA

Etimológicamente, la palabra eutanasia se deriva de dos raíces griegas: *eu*-bueno y *thanatos*-muerte, que en forma literal dan origen a la expresión “buena muerte”. La concepción sobre eutanasia ha ido cambiando a través de los años dando origen a múltiples interpretaciones (situación que resulta comprensible pues su significado etimológico: “buena muerte”, es ambiguo).

En el siglo XV, se tenía la idea de que la mejor muerte era aquélla que permitía al moribundo entregar, en forma consciente, el alma a quien se la dio-(o sea a Dios).

Fue también en la Edad Media cuando Francis Bacon y Santo Tomás Moro, pese a la ideología predominante en esos tiempos, aproximan el concepto a su significado actual, introduciendo el sentido de procurar o acelerar la muerte del enfermo, tal y como lo menciona Santo Tomás en su obra “*Utopía*”. Por lo que se refiere a Francis Bacon, éste incluye en los cometidos del médico: “Devolver la salud y mitigar los dolores y los sufrimientos, no sólo en cuanto esta mitigación pueda conducir a la curación, sino también si puede servir para procurar una muerte fácil y tranquila...”³⁷

En el siglo XVIII, se define a la eutanasia como la acción que produce una muerte fácil (aunque no se aclara que acción), mientras que en el XIX, es concebida como la acción de matar a alguien por “piedad”. Es en este siglo, cuando se empieza a trabajar con relación a la aprobación de leyes que permitan la eutanasia con base a esta última concepción, creándose así, asociaciones y corrientes políticas para la eliminación de las personas “no útiles” para la sociedad, como minusválidos, enfermos mentales, ancianos, etc., hecho ejemplificado durante la Segunda Guerra Mundial.

³⁷ “En favor de la Buena Eutanasia”. *Medicina y Ética*. V. 3, n° 3, México, julio-septiembre, 1992, pág. 340.

Actualmente, la eutanasia suele definirse “como la operación voluntaria de facilitar la muerte sin dolor, por razones de piedad, ya sea para evitar duros sufrimientos en los enfermos, o para evitar un futuro doloroso o una vida humana sin valor”.³⁸ Es importante señalar que esta concepción da lugar a ciertos cuestionamientos: ¿en base a qué elementos cuantificar el dolor? y ¿a partir de qué circunstancias una vida carece de valor?.

El Diccionario de la Real Academia Española hace alusión al término con las siguientes definiciones: “ ‘muerte sin sufrimiento físico’ y ‘acortamiento voluntario de la vida de quien sufre una enfermedad incurable para poner fin a sus sufrimientos’.”³⁹ En esta última aparecen las características que definen la eutanasia.

- a) un sujeto con una determinada situación biológica: enfermedad incurable,
- b) que pide voluntariamente la muerte e
- c) otro sujeto que realiza una acción para acabar con los sufrimientos del enfermo.

Por cierto, esta última definición es la que se emplea en Holanda y la que defiende el *Comité de Ética de la American Medical Association*, y de acuerdo a ella, el nombre de eutanasia debería reservarse en forma exclusiva a los actos que tienen por objetivo terminar premeditadamente con la vida de un paciente con enfermedad terminal o irreversible, que padece sufrimientos que le son intolerables, y a petición expresa de éste. Por tal motivo, todo lo que no se apegue estrictamente a esta definición se deberá denominar de otra forma, pero no eutanasia.

Dos grandes diccionarios ingleses, el de *Oxford* y el del *Webster*, nos dan las siguientes definiciones: el primero señala que la eutanasia es la “ ‘acción de inducir una suave y tranquila muerte’ (*Oxford English Dictionary*, 1971)”⁴⁰ y el segundo hace referencia a que es “ ‘el acto de proporcionar una muerte indolora a las personas que sufren enfermedades incurables’

³⁸ *Ibid.* Pág. 341.

³⁹ BARBERO GUTIÉRREZ, Javier. *SIDA y Eutanasia*. Editorial Cárdenas. Barcelona, España. 1998. Pág. 139.

⁴⁰ PÉREZ VALERA. *Ob. cit* Pág. 23.

(Webster, 1967).⁴¹ Siendo esta última la que consideramos más precisa porque además de hacer alusión implícitamente a los motivos piadosos que deben anteceder y justificar la conducta, señala las circunstancias en que debe encontrarse la persona en quien la eutanasia podría practicarse.

En un documento religioso alguna vez se declaró: “Por eutanasia se entiende una acción o una omisión que, por su naturaleza o en la intención, causa la muerte con el fin de eliminar el dolor”.⁴²

En el área médica y sociológica también se han elaborado numerosas definiciones, por cierto más precisas que las anteriores. A continuación citaremos algunas de ellas:

“El doctor Dérobert citando a Littré afirma que por eutanasia puede entenderse ‘la muerte dulce y sin sufrimiento que se da a los enfermos incurables, cuya evolución de la enfermedad es fatal y que están torturados con dolores físicos intolerables y persistentes, que los médicos terapéuticos no pueden atenuar’”.⁴³

El moralista español Gonzalo Higuera, a quien cita el profesor Pérez Valera en su obra ya mencionada, entiende por eutanasia “la práctica que procura la muerte, o mejor, abrevia una vida para evitar grandes dolores y molestias al paciente, a petición del mismo, de sus familiares o, sencillamente, por iniciativa de tercera persona que presencia, conoce o interviene en el caso concreto del moribundo”.⁴⁴

2.1.1. Formas de eutanasia

El significado indeterminado de la palabra eutanasia ha dado origen a múltiples interpretaciones que intentan precisar su significado. Por tal motivo, algunos autores, han considerado necesario señalar que existen diferentes tipos de eutanasia.

⁴¹ Id.

⁴² Ibid. P. 24.

⁴³ Id.

⁴⁴ Id.

Tradicionalmente, en moral y en bioética, la eutanasia se ha dividido de acuerdo a los siguientes aspectos:

1. Al modo como se realiza (por acción u omisión) en:
 - a) Eutanasia activa, también llamada positiva,
 - b) Eutanasia pasiva, igualmente conocida como negativa.

2. A la intención del agente en:
 - c) Directa, e
 - d) Indirecta.

3. A la voluntad del paciente en:
 - e) Voluntaria, e
 - f) No voluntaria.

a) Eutanasia activa o positiva

“Para Sporken la eutanasia activa consiste en la intervención en el proceso del morir que, según la definición de Binding, implica la sustitución de una causa natural de muerte, por otra causa artificial, o en otras palabras, el poner fin a ciencia y conciencia de manera positiva a una vida humana.”⁴⁵

La eutanasia activa o positiva tiene lugar cuando se ejecuta una acción con la finalidad de eliminar definitivamente el dolor, tanto físico como psicológico, que sufre una persona que padece una enfermedad terminal, propiciándole la muerte.

b) Eutanasia pasiva o negativa

“Haring la define como ‘la omisión planificada de los cuidados que probablemente prolongarían la vida’.”⁴⁶ El mismo autor comenta que la eutanasia negativa se aplica en

⁴⁵ Ibid. Pág. 26.

⁴⁶ Id.

aquellos casos para los cuales la esperanza de salvar la vida del paciente prácticamente ha desaparecido.⁴⁷

“Para Sporken la eutanasia pasiva se puede interpretar como ‘la renuncia a la prolongación artificial de la vida dentro de un proceso de fallecimiento’.”⁴⁸

La eutanasia pasiva puede darse de dos formas.

1. La abstención terapéutica, y
2. La suspensión terapéutica.

La primera implica el no iniciar el tratamiento, y la segunda, consiste en suspender el ya iniciado por considerar que más que prolongar la vida, prolonga el proceso de muerte.

La abstención terapéutica, a su vez, se puede presentar en dos modalidades:

- a) No atender a la afección principal, e
- b) No atender el padecimiento emergente que surja en forma paralela al principal.

La eutanasia pasiva o negativa es la abstención o suspensión terapéutica por motivos de piedad a una persona que adolece una enfermedad terminal que le provoca gran daño físico y psicológico.

Es importante destacar que la eutanasia pasiva no implica un abandono total del enfermo, pues se tienen que continuar los cuidados higiénicos, la administración de drogas sedativas del dolor y la hidratación por vía bucal o venosa para evitar o disminuir el tormento de la sed. La eutanasia pasiva así concebida ayudaría a evitar la muerte de enfermos en condiciones inhumanas.

En base al criterio del profesor Pérez Valera, pueden darse tres tipos de omisiones: dolosa, culposa y juiciosa o razonable. La omisión dolosa implicaría el propósito intencional de

⁴⁷ Id.

⁴⁸ Id.

hacer daño, la mala fe, la mala voluntad. La omisión culposa comprendería el no actuar por descuido, imprudencia o impericia. Por último, la omisión juiciosa o razonable tendría lugar cuando se considerara que no hay ningún mal en la omisión, o que por lo menos ésta constituye un mal menor en relación con la acción.⁴⁹

c) Eutanasia directa e indirecta

Otra división clásica es la distinción que se hace entre acciones directas e indirectas. La primera tiene lugar cuando se realiza un acto en forma deliberada con la finalidad de provocar la muerte, y la segunda, consiste en llevar a cabo una acción en la que la muerte o la abreviación de la vida pueden resultar como efecto secundario no provocado intencionalmente.

d) Eutanasia voluntaria y no voluntaria

La eutanasia voluntaria es la que se realiza a petición del enfermo, ya sea por su solicitud reiterada e insistente, o con su consentimiento. Por otra parte, la eutanasia no voluntaria es la impuesta, la que se aplica en contra o sin contar con la aprobación del enfermo.

Algunos autores hacen la distinción entre eutanasia no voluntaria e involuntaria, asignando la primera a los casos de incapaces, y la segunda, a la que se aplica contra la voluntad del paciente.

e) Neologismos

La deontología médica y la moral rechazan la eutanasia activa y directa, sea ésta voluntaria o no. Por el contrario, admiten como moralmente aceptables la eutanasia pasiva y la indirecta. Estas acepciones no siempre claras provocan confusión, motivo por el cual va surgiendo paulatinamente la necesidad de crear nuevos términos para designarlas:

Distanasia

En forma antagónica al término eutanasia surge la palabra distanasia, la cual está compuesta del prefijo griego *dis*, que significa dificultad, obstáculo, y *thanatos*, muerte.

⁴⁹ Cfr. Ibid Págs 26, 27

Algunos autores, entre ellos Saroa y Pineda, afirman que el término fue creado por Morache para significar en oposición a la eutanasia, la muerte difícil en medio de sufrimientos físicos y morales.⁵⁰

Gonzalo Higuera, en forma más técnica, la define como la “práctica que tiende a alejar lo más posible la muerte, prolongando la vida de un enfermo, de un anciano o de un moribundo, ya inútiles, desahuciados, sin esperanza humana de recuperación, y utilizando para ello no sólo los medios ordinarios, sino extraordinarios, muy costosos en sí mismos o en relación con la situación económica del enfermo y de su familia’.”⁵¹

La acepción de distanasia ha generado gran controversia dando lugar a diversos planteamientos, entre ellos, la de ser considerada como un “encarnizamiento terapéutico”: “el enfermo es entubado y conectado a una máquina, de la que se convierte en apéndice, para luego tasajearlo una y otra vez inmisericordiantemente hasta reducirlo a simple objeto de experimentación.”⁵²

Se ha considerado que la distanasia se traduce en un “luchar hasta el final” transformado en una verdadera obsesión que reduce a la persona moribunda a un deshumanizado aislamiento. Inclusive, se ha hecho la equiparación de que los médicos, al igual que los grandes maestros de ajedrez, en determinadas circunstancias no deberían llegar al *jaque-mate*, sino humildemente menguar la lucha a tiempo.

En los casos de distanasia habría que valorar la mayor o menor probabilidad de recuperación que surgiría de los procesos terapéuticos generales, así como la calidad de vida humana y su duración.

⁵⁰ Ibid. P. 35.

⁵¹ Id.

⁵² Id.

Adistanasia

La palabra adistanasia proviene de la misma raíz griega que distanasia, pero con el *α* privativa que da origen a la siguiente expresión: no poner obstáculos a la muerte.

La adistanasia consiste en el dejar de proporcionar al enfermo los medios que sólo provocarían retrasar la muerte ya inminente, es decir, respetar el proceso natural del morir. La adistanasia constituye lo que tradicionalmente se conoce como eutanasia pasiva o negativa.

Sobre el no prolongar inútilmente la vida el Doctor René Biot, a quien cita Pérez Valera en su obra "*Eutanasia ¿Piedad? ¿Delito?*", opina: " 'pero si nos encontramos en presencia de un organismo arruinado por una enfermedad consuntiva, y que se extingue como una lámpara que no tiene aceite, la cuestión es diferente. Al querer prolongar la vida se prolonga la desdicha... ' " ⁵³

Desde los años 50, moralistas conservadores, como Gerald Kelly, aprobaban, con cierta cautela en determinados casos, la interrupción de la insulina. De la misma manera, Charles McFadden admitía que no había obligación grave de usar oxígeno permanente.

El 14 de septiembre de 1952 el Papa Pío XII desaprueba las medidas terapéuticas "que degradan al hombre a la condición de un mero ser sensorial o autómatas vivientes". Más tarde, en 1957, el mismo Pío XII habla claramente de que no se puede en conciencia imponer la reanimación. En el mismo sentido se pronuncia el Cardenal Villot en la carta que en nombre del Papa manda a la *Federación Internacional de las Asistencias Médicas Católicas* en 1970.

Por otra parte, algunos autores consideran que si se ha comprobado la muerte clínica, no tiene sentido mantener artificialmente el funcionamiento del corazón, a no ser que se vaya a realizar un trasplante. Al respecto señala Haring Thielicke, " 'cuando hablamos del deber médico de proteger la vida, queremos decir no la vida biológica como tal, sino la vida humana.

⁵³ Ibid. Pág. 37.

Para caracterizar ésta se necesitan otros criterios más que los del electrocardiograma y del electroencefalograma'.⁵⁴

“Kautzky propone como criterio importante para prolongar la vida la probabilidad de un desarrollo sensato de la libertad humana, la cual está ligada a la recuperación de la vida consciente.”⁵⁵

En Estados Unidos surgió una Carta de los Derechos de los Enfermos Hospitalizados (el famoso *Bill of Rights* americano) que está a favor de la adistanasia, defendiendo el derecho del enfermo de que no se prolongue irracionalmente su vida. Se considera que dentro de cierto lapso el paciente puede rechazar el tratamiento y debe ser informado por los médicos de las consecuencias de su determinación. Este derecho es defendido por la ley del Estado de California y el proyecto francés Caillavet, entre otros.

Ortotanasia

Como tercer neologismo surge el término ortotanasia, que al parecer fue utilizado por primera vez por el Doctor Boskan, en Lieja el año de 1950.

Gonzalo Higuera la define como aquella concepción que “ ‘tiende a conocer y respetar el momento natural de la muerte de cada hombre y sus concretas circunstancias, sin querer adelantarlo para no incidir en la eutanasia reprobable, ni tampoco prolongar artificialmente cualquier tipo de vida con medios improporcionados, para no caer en el extremo opuesto de una distanasia, también reprobable; aunque siempre dejando actuar e intervenir la relativa libertad de conducta que permite y exige la racionalidad humana, frente a una pasividad meramente animal’.”⁵⁶ Higuera trata de colocar a la ortotanasia en un punto medio entre la adistanasia y la distanasia y aunque aquélla más bien parece ser un sinónimo de esta última, este

⁵⁴ Ibid. Pág. 38.

⁵⁵ Id.

⁵⁶ Ibid. Pág. 39.

autor las diferencia mencionando que la primera se refiere básicamente a la suspensión del tratamiento y la segunda destaca más los aspectos activos.

Sin meterse en mayores problemas, otros autores la conceptualizan como aquella buena práctica clínica que consistiría en el hecho de aplicar medicina curativa en los procesos reversibles, y en los terminales, lo que se conoce como medicina paliativa.

Cacotanasia

El personal sanitario en el desempeño de su trabajo tiene la obligación de no hacer mal al paciente, ya sea por comisión o por omisión de sus actos. La cacotanasia ha surgido como un neologismo para designar al acto en el que hay mala praxis, habiendo alternativa terapéutica.

2. 2. CUADRO CLÍNICO DEL SIDA

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida o bien, SIDA, que son las siglas con las que también podemos denominarlo, representa la manifestación más grave de la enfermedad provocada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), que se caracteriza por una amplia variedad de alteraciones específicas y no específicas de la función inmune del cuerpo que provocan la aparición de infecciones oportunistas y/o bacterianas graves, así como recurrentes neoplasias malignas y otras alteraciones fuertemente mortales.

Según los *Centros para el Control y Prevención de Enfermedades* (CDC) “el SIDA se define como la presencia de una enfermedad en un sujeto, que se caracteriza por la alteración de la inmunidad celular sin causa conocida, cuya resistencia disminuye ante dicha enfermedad.”⁵⁷

El SIDA se presenta en individuos infectados con un retrovirus, el VIH, que provoca una deficiencia inmunológica que disminuye la inmunidad celular. El VIH disminuye

⁵⁷ GONZÁLEZ SALDAÑA, Napoleón. *Infectología Clínica Pediátrica*. Sexta edición Editorial Trillas. México. 1997. Pág. 719.

notablemente, y en muchos casos, elimina la actividad del subgrupo T4 de linfocitos, provocando que las personas con SIDA sean susceptibles a infecciones oportunistas múltiples y a neoplasias raras.

Los enfermos de SIDA pueden sufrir una gran variedad de signos y síntomas, así como distintas complicaciones en diferentes sistemas o aparatos, dependiendo de la infección oportunista o neoplasia que se presente. Algunos pacientes con SIDA presentan a la vez diversas complicaciones dermatológicas, gastrointestinales, pulmonares, neurológicas, oftálmicas y musculoesqueléticas, pudiéndose deber estos signos y síntomas a infecciones y neoplasias combinadas como el sarcoma de Kaposi y la infección por herpes simple o neumonía por *Pneumocystis carinii* y sarcoma de Kaposi.

Durante toda la vida, el cuerpo es atacado por muchas clases y grandes cantidades de microorganismos que amenazan su bienestar. Pasamos la vida en medio de bacterias y virus, que son tan abundantes y potencialmente letales como formidables, que ningún recién nacido podría sobrevivir a la lactancia y mucho menos a la edad adulta o la senectud sin medios de defensa eficaces contra ellos.

Nuestro cuerpo es tan maravilloso que cuenta con un sistema llamado inmunológico que es el encargado de defenderlo si entran a él microorganismos capaces de dañarlo antígenos. El sistema inmunológico está compuesto por una gran variedad de células tales como los neutrófilos, basófilos, eosinófilos, linfocitos y macrófagos, que en su conjunto forman los llamados leucocitos o glóbulos blancos, así como de moléculas, entre ellas los anticuerpos y el complemento. De esta gran variedad de células y moléculas, los linfocitos y los anticuerpos, respectivamente, son las principales, aunque de ninguna manera las otras no son importantes.

La respuesta inmune del cuerpo puede darse de dos formas:

1. Humoral, a cargo de los linfocitos o células B, y
2. Celular, a cargo de los linfocitos o células T.

La inmunidad humoral tiene la función de producir anticuerpos en respuesta a un antígeno localizado en la superficie de una célula infectada o a antígenos circulantes en la sangre. Cuando la célula B reconoce al antígeno específico se divide y produce una célula plasmática, que es la secretora de anticuerpos, y numerosas clonas de una célula B, que son células con memoria responsables de la inmunidad prolongada contra agentes infecciosos recurrentes. El propósito de los anticuerpos es el de unirse a los antígenos y facilitar la fagocitosis por células fagocíticas, tales como los macrófagos, aunque también tienen una función inhibitoria al interrumpir la adhesión de virus y bacterias a las membranas celulares.

Los anticuerpos son los que se detectan cuando se realizan las pruebas de laboratorio para descubrir si una persona está o no infectada. El tiempo que pueden tardar en aparecer estos anticuerpos varía, pero aproximadamente es de ocho semanas, lo que quiere decir que a partir del día en que el virus entra al cuerpo pasarán ocho semanas para que el resultado de una prueba de laboratorio salga positiva.

La inmunidad celular es muy importante en la protección contra infecciones por virus y hongos, ya que las células T tienen receptores específicos para antígenos que les permite unirse a la superficie de las células infectadas, aunque algunas células T pueden utilizar anticuerpos como receptores para poder reconocer a los antígenos

Existen tres subpoblaciones de linfocitos T:

1. Las células T citotóxicas, que son capaces de atacar a las células infectadas por virus destruyéndolas para de esta forma limitar la infección.
2. Las células T cooperadoras (también llamadas inductoras) que estimulan a las células B para la producción de anticuerpos y permiten a las supresoras y citotóxicas responder a los antígenos, y
3. Las células T supresoras que inhiben la respuesta de las células B y de otras células T a los antígenos.

En la literatura, las células T son clasificadas en dos subgrupos T4 y T8. El subgrupo T4, que a su vez también puede ser llamado CD4, se utiliza para designar a las células T cooperadoras, mientras que el subgrupo T8 es aplicable a las células T supresoras y citotóxicas.

Es importante hacer hincapié en que las células T cooperadoras son las principalmente dañadas por el VIH y que su importancia radica en que la función esencial en la respuesta inmune es desempeñada por éstas, ya que coordinan la totalidad de esta respuesta.

La razón por la cual el VIH incapacita a las células T, produciendo una deficiencia en la inmunidad celular, es motivo de profundas investigaciones. Se han propuesto algunas hipótesis tratando de explicar este fenómeno: Una de ellas sostiene que el virus secreta un factor proteico soluble a partir de su envoltura celular que destruye la mayor parte de las células T4 e inhibe a las que sobreviven, otra hipótesis sustenta que el virus puede impedir la unión del receptor de la célula T con el antígeno, aunque también se considera posible que el virus dañe el receptor de la célula T4. En fin, lo único cierto es que el VIH, al afectar a las células T4, provoca que:

- a) Haya una disminución en la producción de anticuerpos generados por las células B y una baja respuesta de las células T citotóxicas.
- b) Los pacientes con SIDA tengan anticuerpos circulantes en cantidades elevadas, pero no produzcan reacciones antígeno-anticuerpo específicas, e
- c) Los macrófagos circulantes, aunque elevados, produzcan una lisis y destrucción celular ineficaz.

El SIDA es una infección producida por el VIH, virus que disminuye y en ocasiones destruye el sistema inmunológico del cuerpo, lo que provoca que el organismo infectado pierda habilidad para combatir enfermedades causadas por organismos que se encuentran normalmente en el medio ambiente y que no representan ningún peligro para los individuos sanos. Cuando el sistema inmunológico de una persona está muy dañado, tal y como sucede en quienes tienen SIDA, estos microorganismos aprovechan la oportunidad y provocan enfermedades llamadas

por ello infecciones oportunistas. En estos casos también pueden presentarse diferentes tipos de cáncer como resultado de esta inmunodeficiencia.

Las personas infectadas con el VIH pueden tener un período de latencia durante el cual el virus está inactivo y su inmunidad celular funciona normalmente, aunque también podrían desarrollar rápidamente signos y síntomas de infección por SIDA que provocan inmunodeficiencia produciendo anticuerpos en cantidad insuficiente y con actividad ineficaz, debido probablemente a mutaciones del virus durante el desarrollo de la infección.

Las personas que padecen SIDA se vuelven susceptibles a infecciones oportunistas múltiples y a enfermedades malignas raras, producto del trastorno inmunológico que resulta de una baja actividad de las células T4. De esta forma, los microorganismos que usualmente no causan enfermedad, lo harán cuando la respuesta del sistema inmunológico esté disminuida o bien sea nula.

Las manifestaciones clínicas del SIDA pueden variar significativamente, pues puede haber ausencia de ellas presentándose así un período asintomático, o bien, manifestarse a través de infecciones o patologías malignas oportunistas que comprometen la vida del paciente.

Las manifestaciones clínicas del SIDA varían en niños y adultos. En niños las manifestaciones clínicas se caracterizan por tener un período de incubación más corto que en los adultos, además de que las infecciones bacterianas graves y recurrentes son más frecuentes y pueden presentar neumonía intersticial linfoidea. En los adultos son más comunes las neoplasias asociadas a VIH y las infecciones por patógenos oportunistas.

Existen manifestaciones comunes en ambos grupos, tales como la presencia de fatiga fácil, sudores nocturnos, fiebre, diarrea y pérdida de peso. La encefalopatía asociada a VIH y observada con frecuencia se manifiesta como alteraciones cognitivas, afectivas y psicomotoras en el adulto, mientras que en el niño provoca retraso del desarrollo neurológico o pérdida de las habilidades adquiridas.

2.2.1. Historia natural

Las formas a través de las cuales se manifiesta la infección por el VIH son variables, ya que se puede presentar como una infección indeterminada o incluso, no manifestarse dando lugar a una portación asintomática, así como también presentarse por medio de enfermedades graves incluidas como indicadores de SIDA por los *Centros para el Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC)*.

Enfermedades indicadoras del SIDA:

Candidiasis esofágica

Candidiasis de tráquea, bronquios o pulmones

Coccidioidomicosis extrapulmonar o diseminada

Criptococosis extrapulmonar

Criptosporidiasis intestinal crónica

Enfermedad por citomegalovirus en pacientes mayores de un mes de edad

Retinitis por citomegalovirus

Úlceras por herpes virus simple por más de un mes de duración, neumonía o esofagitis en pacientes mayores de un mes de edad

Encefalopatía por VIH

Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar

Sarcoma de Kaposi

Neumonía intersticial linfoidea

Linfoma primario de cerebro

Linfoma no Hodgkin

Infecciones bacterianas múltiples o recurrentes

Infecciones por el complejo de *Mycobacterium avium* o *M. Kansaii* diseminado o extrapulmonar

M. tuberculosis extrapulmonar o diseminada

Neumonía por *Neumocystis carinii*

Leucoencefalopatía multifocal progresiva

Toxoplasmosis cerebral iniciada luego del primer mes de vida
Síndrome de desgaste ⁵⁸

El tiempo que tarda en manifestarse el SIDA, desde el inicio de la infección por el VIH (seropositividad), varía según las vías de contagio. El SIDA se desarrolla más rápidamente en los casos perinatales, en los cuales podría asumirse que el producto ya nace infectado, aunque también se puede dar el caso de permanecer asintomático durante un período de hasta siete años. En cuanto a los casos transfusionales, el tiempo asintomático puede ser de tres años en niños hasta siete a once años en adultos y adolescentes. En el caso de la infección por vía sexual el tiempo que puede tardar en manifestarse el SIDA puede ser igual al de los casos por transfusión en adolescentes y adultos.

2.2.2. Fases o etapas

La persona infectada por VIH pasa por varias fases o etapas:

Primera fase: Se conoce como infección aguda y tiene lugar cuando el virus entra al cuerpo. Esta fase se caracteriza por presentarse fiebre, malestar general, dolores musculares, crecimiento de ganglios, etc. Esta infección se puede confundir con cualquier otra infección viral como por ejemplo la gripa, desapareciendo las molestias unas semanas después. A partir de esta fase se puede infectar a otras personas.

Segunda fase: A la persona que se encuentra en esta fase se le conoce como portador asintomático o seropositivo. En este período el virus puede estar “dormido” o poco activo y no causa daño todavía al sistema inmunológico. El tiempo que dura esta fase es variable y el portador puede estar aparentemente sano durante años. La única forma de saber si una persona está infectada o no es por medio de una prueba de laboratorio que detecte los anticuerpos contra el VIH. La mayoría de los enfermos pasan por esta etapa de la enfermedad.

⁵⁸ RIVERA SERRANO, Octavio y otros. *Tratado de Medicina Interna*. Vol. I. Segunda edición. Editorial Porrúa S.A. de C.V. México D.F. 1994. Págs. 99, 100.

Tercera fase: También conocida como linfadenopatía generalizada. Durante esta etapa aparecen “bolas” en el cuello, axilas e ingles, las cuales persisten durante varios meses. Estas bolas son ocasionadas por el crecimiento de los ganglios. No todas las personas infectadas pasan por ella.

Cuarta fase: La cuarta fase se conoce con el nombre de SIDA y es la última etapa de la infección. Durante ella surgen infecciones y tumores malignos como resultado de que el sistema de defensa del cuerpo (el sistema inmunológico) está ya muy dañado. El SIDA es un padecimiento crónico y grave que amenaza la vida.

Los síntomas que puede presentar una persona cuando ya tiene SIDA son los siguientes:

Fatiga. La fatiga es común en el SIDA. Debe haber preocupación cuando ésta impida a la persona infectada trabajar o cuidarse de sí misma, de la misma manera si es progresiva o si se acompaña de tos, fiebre o falta de aire.

Falta de aire. Ésta puede ser el primer síntoma de una neumonía, por lo que es necesario estar pendiente de que el paciente no tenga dificultad para respirar.

Ganglios inflamados. Aunque no es frecuente, los ganglios linfáticos en cuello, ingles y axilas pueden permanecer inflamados y causar dolor por largos periodos.

Pérdida de peso. Este es un síntoma común. Cualquier pérdida de peso de 4.5 kilogramos o más, o bien, de más del 10% de su peso habitual, que no pueda recuperarse en un mes.

Fiebre. Si ésta tiene lugar por más de un mes sin causa que la justifique. La fiebre se puede manifestar como sudores nocturnos.

Diarrea. Diarrea de más de un mes sin otra causa que justifique este hallazgo. Las evacuaciones sueltas y líquidas pueden indicar infección intestinal.

Erupciones cutáneas. Cualquier erupción en la piel puede deberse a una infección, reacción a algún medicamento, o bien, a notorios tumores de la piel como el sarcoma de Kaposi

Deshidratación. Ésta es producida por la fiebre y los sudores nocturnos que provocan pérdida de líquidos corporales.

2.2.3. Tratamiento

El tratamiento de los pacientes infectados por el VIH debe ser multidisciplinario, participando activamente diversos profesionales de la salud tales como médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogos y nutriólogos. Por lo general, estos pacientes deben tener un seguimiento más cercano, con un pronto diagnóstico y tratamiento de las infecciones que se van acumulando. El régimen nutricional juega un papel trascendental en el tratamiento, así como la solución de problemas sociales que impidan el cumplimiento de las indicaciones.

La terapia específica para la infección incluye agentes antivirales y reconstrucción del sistema inmune. Las inmunizaciones y las medidas profilácticas son también importantes.

Además del tratamiento antirretroviral específico debe tenerse en cuenta que debido a la frecuencia y gravedad de las infecciones oportunistas es necesario conocer sobre los patógenos potencialmente involucrados en los episodios infecciosos con el objeto de seleccionar la terapia antibiótica adecuada.

2.3. LA EUTANASIA Y SU RELACIÓN CON ALGUNOS DELITOS

Frecuentemente, la eutanasia ha sido relacionada o mejor dicho comparada con delitos tales como la inducción al suicidio, el auxilio al mismo y el homicidio consentido. Estas

conductas las encontramos reguladas, las dos primeras de manera explícita y la última implícitamente, en el artículo 312 del Código Penal para el Distrito Federal en Materia del Fuero Común y para toda la República en Materia del Fuero Federal, que a la letra dice así:

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

En nuestro siglo, la mayoría de las legislaciones no contemplan al suicidio como un delito, sin embargo esta conducta, concebida y sancionada a través de la historia de múltiples formas, cobra importancia en los modernos Códigos Penales en cuanto se relaciona a la conducta de una persona distinta del suicida quien, con su actividad intelectual o material, influye en la autodestrucción de la vida de éste.

2.3.1. Inducción al suicidio

Iniciaremos este apartado tratando de explicar sucintamente lo que se entiende por suicidio e inducción al mismo a fin de tener una noción más amplia de los términos a los que nos estamos refiriendo.

Generalmente, el suicidio implica un acto positivo y violento que implica cierto empleo de fuerza muscular, sin embargo, puede suceder que una actitud negativa produzca idéntica consecuencia (por ejemplo el rehusar a comer). En tales circunstancias, se llama suicidio a “.. todo caso de muerte, que resulte directa o indirectamente, de un acto positivo o negativo, realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado.”⁵⁹

En cuanto a la inducción al suicidio, el profesor Francisco Pavón Vasconcelos, señala: “...por instigar o inducir entiéndese la actividad desplegada por el instigador o inductor, encaminada a mover el ánimo de aquél sobre quien se actúa para determinarlo a ejecutar un

⁵⁹ JÍMENEZ HUERTA, Mariano. *Derecho Penal Mexicano*. Tomo II Sexta edición. Editorial Porrúa. México. 1984 Pág.149.

hecho delictuoso, de manera que con estricta referencia al suicidio la inducción se traduce en la actividad que persuade o vence la voluntad de otro, subordinándola a la del inductor, para que realice actos tendientes a privarse de propia mano de la vida.»⁶⁰

La eutanasia ha sido considerada como una inducción al suicidio porque indudablemente un gran número de personas, ante el padecimiento de alguna enfermedad incurable y dolorosa, han recurrido al suicidio con el propósito de dar fin a sus sufrimientos. En estos casos, el suicidio con fines eutanásicos, si es que podemos llamarlo así, no es sancionable, pues como ya mencionamos, no hay tipo penal alguno en nuestra legislación que regule al suicidio como delito. En materia penal, un suicidio tiene relevancia cuando éste es producto de los actos que, mediante la instigación, realiza una tercera persona con el fin de persuadir la voluntad de otro para que tome la decisión de quitarse la vida.

Consideramos que la conducta de inducción al suicidio podría darse en el caso de pacientes con SIDA y otros enfermos incurables o terminales de igual forma que en otras personas sin estas características, es decir, que el sujeto pasivo del delito no precisamente debe tener la característica de enfermo incurable o terminal para que la conducta antijurídica tenga lugar. Con todas estas referencias lo que queremos plantear es que, según nuestra concepción, la eutanasia y el delito de inducción al suicidio son conductas totalmente diferentes y que lo que habría que hacer es darles a cada una el enfoque que les corresponde, a la primera como una opción de “bien morir” cuando la calidad de vida del ser humano se empieza a deteriorar de tal forma que lo pueden llevar a sobrevivir en condiciones infrahumanas (que es la forma como se pretende que se valore), y a la segunda, como la conducta típica, antijurídica y culpable que es.

2.3.2. Auxilio al suicidio

El auxilio al suicidio se traduce en la cooperación a través de la cual se hace posible la ejecución del acto mediante el que una persona se priva de la vida, tal y como lo sería el acto de

⁶⁰ PAVÓN VASCONCELOS, Francisco. *Delitos contra la Vida y la Integridad Personal*. Editorial Porrúa S.A. de C.V. México. 1993. Pág. 245.

proporcionar el arma fatal o una dosis de veneno, aún cuando tales actos de auxilio se hayan verificado con antelación a la actividad suicida.

La doctrina ha clasificado los actos de auxilio, según su naturaleza, en actos materiales y morales. Los primeros consisten en aquellas acciones que tienden a procurar el medio adecuado para que el suicida realice su propósito, o bien para que se le facilite continuar con su determinación suicida, por ejemplo facilitar a la persona que pretende suicidarse, el arma o el veneno o darle las instrucciones pertinentes para su manejo, mientras que los segundos, consisten en alentarla, ya sea dándole valor en momentos de flaqueza o confortándola con la presencia física para que no desista de su empeño

El auxilio al suicidio y la eutanasia, concebida de esta forma, son equiparables, pues en ambos casos hay una conducta, un mismo resultado y una relación entre ambos. La diferencia entre las dos conductas referidas estriba en los móviles que influyen en la voluntad de la persona que auxilia a otra en el fin de quitarse la vida. No obstante a ello, al órgano jurisdiccional lo que le interesa es que nos encontramos frente a una conducta típica, antijurídica y culpable en la que hay un bien jurídico tutelado: la vida humana. Por lo que en los casos de auxilio asistido como forma de eutanasia, de manera forzosa tendría que crearse un tipo penal que contemplara los móviles de piedad que deben influir en el sujeto pasivo que coopera ayudando a quien se suicida, así como características tanto del sujeto activo como pasivo, medios a utilizar, y muchos aspectos más con el fin de evitar conductas que se constituyan como delictivas. Pero cabe mencionar que en nuestro trabajo de tesis no proponemos el auxilio al suicidio como forma de eutanasia por lo que no la abordaremos ampliamente.

2.3.3. Homicidio consentido

Esta conducta es muy importante porque es la forma en que más frecuentemente se da la eutanasia. El artículo 302 del Código Penal para el Distrito Federal señala que: “Comete el delito de homicidio: el que priva de la vida a otro.”

En sentido estricto, la eutanasia se puede dar a través del homicidio, la diferencia radicaría en el consentimiento del sujeto que desea se le prive de la vida, aunado a los motivos por los que pretende se realice esta acción.

El profesor Francisco Pavón Vasconcelos considera que el homicidio “es la muerte violenta e injusta de un hombre atribuible, en un nexo de causalidad, a la conducta dolosa o culposa de otro.”⁶¹

El homicidio presupone: 1. Una conducta consistente en el movimiento o movimientos corporales realizados por el sujeto quien observa la conducta de privar de la vida a otro, o bien, en un no hacer que infringe el mandato de obrar, y que de igual forma debe ser voluntaria, 2. Un resultado consistente en la privación de la vida del sujeto contra quien se dirigió la actividad o inactividad lesiva, y 3. Un nexo de causalidad que permita atribuir a un sujeto determinado el acontecimiento de muerte, esto significa que la acción u omisión de un hombre debe producir la muerte de otro. La causalidad en el homicidio se encuentra regulada como caso excepcional en nuestro derecho positivo en los artículos 303, 304 y 305.

En la eutanasia, efectivamente podría darse una conducta consistente en un hacer o no hacer (eutanasia pasiva o activa) que daría como resultado la cesación de la vida de otro y en la que habría un nexo de causalidad porque esa acción u omisión provocaría el resultado de muerte de otro. La diferencia entre homicidio y eutanasia radicaría en que en esta última hay consentimiento del sujeto pasivo. En la eutanasia el sujeto activo observa determinada conducta con el fin de obtener un resultado: la muerte de otro, es decir, existe la voluntad de actuar con el fin de llegar a un propósito, sin embargo esa voluntad es animada por el sujeto pasivo quien se lo solicita, manifestando así su voluntad, con el fin de obtener el resultado por éste querido (es el querer obtener un resultado deseado por otra persona).

⁶¹ Ibid. Pág 3.

En lo que se refiere al tipo de homicidio, éste no hace referencia a los sujetos de la relación delictiva, ni tampoco al tiempo y lugar de ejecución. Sin embargo, en cuanto al sujeto activo y su calidad, el homicidio es un delito de sujeto común o indiferente, pues cualquier persona, siendo imputable puede ser sujeto activo de homicidio. Por lo que se refiere al sujeto pasivo, el homicidio es un delito eminentemente personal porque el atentado consistente en la privación de la vida recae siempre, en forma exclusiva, en personas físicas. La ausencia de referencias temporales y espaciales en este tipo penal permite que el homicidio pueda cometerse en cualquier tiempo y lugar. No obstante a ello, para que la eutanasia, concebida como la conducta de privar de la vida a alguien, pudiera ser aplicada tendría que determinarse la calidad o características que tendrían que cubrir tanto el sujeto pasivo como activo, así como también las referencias temporales y espaciales. Por cuanto al objeto y los medios de comisión también tendría que haber regulación

Para finalizar, haremos alusión al artículo 312 del Código Penal para el Distrito Federal, que señala las penas de uno a cinco años de prisión a quien prestare auxilio o indujere a otro para que se suicide, y la de cuatro a doce años al que se lo prestare de tal forma que sea él mismo quien ejecute la muerte. Lo importante en este precepto legal es darnos cuenta que en sentido estricto, la conducta antes descrita es un homicidio, y que la sanción en estos casos es atenuada con relación a la pena fijada para el delito de homicidio simple, regulada en el artículo 307 (ocho a veinte años de prisión) del Código ya señalado y la contemplada en el artículo 310 referente al homicidio cometido en estado de emoción violenta en circunstancias que atenúen su culpabilidad (dos a siete años de prisión). Esta circunstancia nos da pauta a pensar en la posible regulación de la eutanasia.

2.4. LA EUTANASIA EN EL DERECHO MEXICANO

Ya el primer capítulo de nuestro trabajo nos da un breve panorama del estado que guarda la eutanasia en el Derecho Mexicano, sin embargo, cabe hacer mención de otros aspectos que nos permitirán tener una concepción más amplia con relación a este tema.

Todos los ordenamientos jurídicos son susceptibles de ser reformados, y por supuesto, el Código Penal para el Distrito Federal en Materia del Fuero Común y para toda la República en Materia del Fuero Federal, no es la excepción. Con el fin de llevar a cabo dichas reformas se elaboran anteproyectos que pueden ser o no aprobados. De entre los varios proyectos de reforma del Código Penal ya mencionado, cobran importancia para nuestro tema dos de ellos: uno elaborado en 1949, y otro, en 1958.

Por otra parte, es necesario señalar que en nuestro país existen dos Códigos Penales que difieren del Código Penal para el Distrito Federal al hacer referencia al delito de homicidio cometido por móviles de piedad, y son los Códigos Penales del Estado de México y el del Estado de Hidalgo.

2.4.1. Anteproyecto de Código Penal para el Distrito y Territorios Federales en Materia del Fuero Común y para toda la República en Materia del Fuero Federal de 1949

Este proyecto fue elaborado por el Dr. Luis Garrido y los distinguidos penalistas Celestino Porte Petit, Raúl Carranca y Trujillo, y Franco Argüelles. De este proyecto tiene especial importancia el artículo 304, incluido en el Capítulo III: Reglas Comunes para Lesiones y Homicidio, del Título Vigésimo: Delitos contra la Vida y la Integridad Corporal, que a la letra dice así:

“Al que prestare auxilio o indujere a otro para que se suicide, será sancionado con la pena de uno a cinco años de prisión, si se prestare hasta el punto de causar él mismo la muerte, la prisión aplicable será de cuatro a doce años.

Se impondrá de uno a tres años de prisión cuando la privación de la vida se cometa por móviles de piedad, mediante súplicas reiteradas de la víctima, ante la inutilidad de todo auxilio para salvar su vida.”

2.4.2. Anteproyecto de Código Penal para el Distrito y Territorios Federales en Materia del Fuero Común y para toda la República en Materia del Fuero Federal de 1958

En 1958, nueve años después de la creación del Anteproyecto anterior, la Comisión de Estudios Penales de la Procuraduría General de la República, integrada por Ricardo Franco Guzmán, Manuel del Río Gobeá, Francisco H. Pavón Vasconcelos y Celestino Porte Petit, elaboró un Anteproyecto de Código Penal para el Distrito Federal y Territorios Federales, en cuyo artículo 222 incluye, al igual que el Anteproyecto anterior, la figura del homicidio piadoso.

Este artículo, contenido en el Capítulo Primero: Homicidio, Título Décimocuarto: Delitos contra las Personas, Subtítulo Primero: Delitos contra la Vida y la Integridad Corporal, señala que:

“Será sancionado con prisión de un mes a tres años el homicidio cometido.

- I. En estado de emoción violenta que las circunstancias hicieren excusable,
- II. En vindicación próxima de una ofensa grave causada al autor del delito, su cónyuge, concubino, ascendientes, descendientes o hermano, y
- III. Por móviles de piedad, mediante súplicas de la víctima, ante la inutilidad de todo auxilio para salvar su vida.”

Como podemos observar, el criterio de atenuar la sanción en los casos de homicidio por móviles de piedad, está presente tanto en el Anteproyecto de 1949 como en el de 1958. Sin embargo, este último, a diferencia del anterior, contempla el Perdón Judicial, en el Capítulo Décimoprimer llamado de esta forma, y contenido en el Título Cuarto: Aplicación de Sanciones. El artículo al que nos referimos es el 72 que dice así:

“Al pronunciar sentencia, el juez podrá conceder el perdón, si concurren las circunstancias siguientes:

- I. Que el reo haya obrado por motivos excepcionales.

- II. Que la sanción que debiera imponerse no pase de cuatro años de prisión, y
- III. Que no revele peligrosidad

El perdón no exime al delincuente de la obligación de reparar el daño.”

De acuerdo a lo señalado en este artículo, el perdón judicial podría proceder en los casos de homicidio por móviles de piedad a que hace referencia el artículo 222 de este Anteproyecto.

2.4.3. Código Penal del Estado de México

El Código Penal para el Estado de México, publicado por el gobernador del Estado, el Dr. Gustavo Baz, entró en vigor el 5 de febrero de 1961, y con relación al tema de la eutanasia señala lo siguiente:

“Art. 249. Se impondrán de seis meses a diez años de prisión y de cincuenta a setecientos días multa, al inculpado de homicidio cometido:

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

2.4.4. Código Penal del Estado de Hidalgo

El Código Penal del Estado de Hidalgo contempla al homicidio por móviles de piedad en el Capítulo I: Homicidio del Título Primero: Delitos contra la Vida y la Salud Personal, y al respecto señala:

“Art. 137. Al que prive de la vida a otro en riña, se le impondrá de tres a diez años de prisión y multa de 10 a 150 días, tomándose en cuenta si el autor fue provocador o provocado.

Igual pena se aplicará al homicidio cometido

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

Cabe señalar que tanto el Código del Estado de México como el del Estado de Hidalgo dedican un capítulo por separado fuera de las reglas comunes de lesiones y homicidio para el Auxilio y la Inducción al Suicidio.

Los tipos penales contemplados en los Anteproyectos de 1944 y 1958, así como también lo regulado en los Códigos de los Estado de México e Hidalgo, contemplan aspectos muy importantes que, de acuerdo a nuestra concepción, son fundamentales para que una conducta pueda ser o no considerada como eutanasia: los móviles de piedad que deben influir en la conducta del sujeto activo que priva de la vida y la petición y consentimiento del sujeto pasivo que desea la muerte ante el padecimiento de una enfermedad que hace inútil todo auxilio de salvar su vida.

2.5. LA EUTANASIA EN LAS LEGISLACIONES EXTRANJERAS

El tema de la eutanasia y sus implicaciones jurídico penales han sido objeto de preocupación en todo el mundo, sin embargo en ningún país se le ha regulado de manera directa y específica. No obstante a ello, existen otras conductas con las que se le ha relacionado, tales como la inducción al suicidio, la ayuda al suicidio y el homicidio consentido, que si están tipificadas, en algunos países con penas atenuadas, y en otros, incluso hasta se otorga el perdón judicial, aunque sin reconocer que esta circunstancia se debe a la licitud de la conducta eutanásica.

Alemania

En Alemania, la cuestión de la eutanasia se presentó oficialmente en el año 1903 con una propuesta de ley al Parlamento de Sajonia, quien la rechazó.

Posteriormente, se presentaron otros dos proyectos de ley, uno en el año 1909 y otro en 1912. El primer proyecto de ley fue propuesto a nombre de la "*Asociación Monista Alemana*" (*Deutsches Monisten Bund*), y pretendía la legalización de la eutanasia. Este proyecto proponía que toda persona que padeciera una enfermedad incurable tuviera derecho a la eutanasia, para lo que tendría que dirigir su petición al tribunal competente, el cual decidiría sobre la procedencia de dicho derecho. Para dar solución a este problema, el tribunal debería informar a un comité médico que, dentro de los ocho días siguientes a la presentación de la solicitud, examinaría al enfermo. Este comité médico consignaría en un acta si, según la opinión de los médicos, sería más probable la muerte que la mejoría de salud del enfermo, o por lo menos, su retorno a un estado que le permitiera la reintegración a un trabajo, y si los dolores actuales eran humanamente soportables. Una vez establecida por la Comisión la posibilidad de una solución mortal, el tribunal concedería al enfermo el derecho a la eutanasia, en caso contrario la petición sería rechazada. El mismo proyecto proponía que cuando un enfermo hubiera sido muerto por un particular cualquiera, éste no podría ser castigado si el derecho de eutanasia hubiera sido previamente concedido al requirente y la necropsia comprobara su efectiva condición de incurable. El proyecto paso a Comisión pero nunca se pronunció sobre él.

Por lo que respecta al proyecto de 1912, éste fue presentado por un médico que estaba desahuciado por sus colegas. El proyecto se componía por ocho artículos y su contenido era el siguiente:

“1) Toda persona afectada por una enfermedad incurable y dolorosa tiene derecho a la eutanasia. 2) Este derecho se concederá por un tribunal previa solicitud del enfermo 3) A raíz de esta demanda, el tribunal dispondrá el examen del enfermo por un médico forense asociado de entre los especialistas solicitados por el paciente en el plazo de 24 horas siguientes a la presentación de la demanda. 4) El acta de reconocimiento deberá expresar el convencimiento

de la comisión en el sentido de que la muerte es más probable que el retorno a la plena capacidad para el trabajo. 5) En este caso el tribunal reconocerá al paciente el derecho de hacerse matar. 6) Cuando un enfermo ha muerto sin dolor por su propia voluntad manifestada de un modo formal y categórico, el autor de la muerte quedará impune. 7) El que matare a un incurable sin su consentimiento formal por móviles piadosos, será castigado con la pena de reclusión. 8) Todo lo precedente puede aplicarse a los valetudinarios.”⁶² Este proyecto corrió la misma suerte que el primero.

En 1920, Carlos Bindig y Alfredo Hoche redactaron un folleto titulado “*La Autorización para Exterminar a los Seres Humanos Desprovistos de Valor Vital*”, en el cual se planteó y resolvió rotundamente el asunto de la eutanasia. Esta situación provocó gran polémica en Alemania y fuera de ella, sin embargo los legisladores no se atrevieron a hacer suyas esas ideas, ni los médicos las practicaron más que en la forma ordinaria de cura.

En 1933, el Ministro de Justicia de Prusia compuso un “*Denkschrift*” que contenía el esquema de un Código Penal Nacional-Socialista que nunca adquirió vigor legislativo. En relación al tema que nos ocupa, el importante documento señalaba que debería de autorizarse la eutanasia para poner fin a la tortura de los enfermos incurables, siempre y cuando fuese aplicada a petición del enfermo o de su familia. La incurabilidad del enfermo sería declarada no sólo por el médico de cabecera sino por otros dos médicos oficiales que estudiarían cuidadosamente el caso, analizando su historia y examinando personalmente al enfermo. De esta forma se garantizaría que ninguna vida que pudiera ser valiosa fuera destruida inútilmente.

Cabe señalar el caso de un campesino llamado Herman Weber, quien mató de un balazo a un hijo suyo mientras dormía porque se hallaba aquejado de una completa idiotez. Este suceso tuvo lugar en Weimar (ciudad de Alemania), donde el Juez sentenció a Weber a tres años de prisión. Este acontecimiento dio lugar al siguiente comentario de un famoso periódico Nazi (*Das schwarze Korps*) que muestra la ideología que prevalecía en esos tiempos:

⁶² JÍMENEZ DE ASÚA, Luis. Ob. cit. Pág. 373

“La sentencia de Weimar es una simple transacción que reflejará su mayor bien cuando Weber sea perdonado; él fue el único que se atrevió con dolor, a hacer lo que nadie hizo por él.

Perdonar al que mata a un demente para evitarle la reclusión en un asilo de insanos, resolución que no sólo constituye una pesada carga financiera para el Estado, sino un gran sufrimiento espiritual para la familia del enajenado, es hoy sólo una fórmula de transacción; pero las futuras generaciones que eliminarán de la ley de la vida toda falsa conmiseración y esa manía compasiva liberal, encontrarán otra solución.”⁶³

Perú

El Código Penal de Perú fue el primero en Hispanoamérica que puso en manos del Juez el más amplio arbitrio para que la instigación o ayuda altruista y piadosa del suicidio de otro quédase impune, al señalar en su artículo 157: “El que por un móvil egoísta instigare a otro al suicidio o le ayudare a cometerlo será reprimido, si el suicidio se ha consumado o intentado, con penitenciaría o con prisión no mayor de cinco años”.⁶⁴ Por tanto, cuando el móvil que ha guiado al auxiliador es un motivo altruista o de compasión, parece indudable que la penalidad no puede recaer sobre él. He ahí, por vez primera, autorizada en Sudamérica la cooperación piadosa al suicidio del enfermo incurable.

Uruguay

Respecto al tema en comento, el Código Penal Uruguayo de 1933, compuesto por el profesor José Irureta Goyena, señala lo siguiente en su artículo 37 “Los jueces tienen la facultad de exonerar de castigo al sujeto de antecedentes honorables autor de un homicidio efectuado por móviles de piedad, mediante súplicas reiteradas de la víctima”.⁶⁵

Desde luego este artículo generó gran polémica entre la población, sobre todo en la católica.

⁶³ Ibid. Pág. 374.

⁶⁴ Ibid. Pág. 376.

⁶⁵ Id

Colombia

El Código Penal colombiano de 1936 también faculta al juez para que en caso de homicidio piadoso perdone. El fundamento legal de esta facultad se encuentra en el artículo 364 del Código ya señalado. Dicho artículo menciona: “ ‘Si se ha causado el homicidio por piedad, con el fin de acelerar una muerte inminente o de poner fin a graves padecimientos o lesiones corporales, reputadas incurables, podrá atenuarse excepcionalmente la pena, cambiarse el presidio por prisión o arresto y aún aplicarse el perdón judicial’ ”.⁶⁶

Argentina

En 1937, surgió en Argentina un Proyecto de Código Penal que atenuaba la pena de los delitos de homicidio simple, parricidio, filicidio y conyugicidio. Dicho Proyecto fue redactado por los profesores Eusebio Gómez y Jorge E. Coll, de la siguiente forma.

“ ‘Art. 117. En los casos previstos en el artículo 115 (homicidio simple) y en el inciso I del artículo 116 (parricidio, filicidio, conyugicidio) se impondrá prisión de uno a seis años ..

2) al que lo cometiere movido por un sentimiento de piedad ante el dolor físico de la víctima, si fuera intolerable y las circunstancias evidenciaran la inutilidad de todo auxilio para salvar la vida del sufriente’ ”.⁶⁷

El 25 de septiembre de 1941 fue presentado a la Cámara de Diputados un Proyecto de Código Penal argentino que, al igual que otros proyectos, regulaba la aplicación del perdón por parte del Juez en casos excepcionales de homicidio piadoso. Este Proyecto fue presentado a la Cámara de Diputados por José Peco. En el párrafo tercero del artículo 114 que lleva por título el de “Homicidio-suicidio”, se establece. “ ‘Si el autor obrare por móviles piadosos y en caso de consentimiento mediante instancias apremiantes del interesado, la sanción será de uno a tres años’ ”.⁶⁸

⁶⁶ Ibid. Pág. 379.

⁶⁷ Ibid. Pág. 380.

⁶⁸ Ibid. Pág. 379.

El mismo José Peco, al explicar la naturaleza y funcionamiento del perdón judicial, en la exposición de motivos, señala: “ ‘La falta de peligrosidad descansa en la levedad del delito aunada a la calidad noble del motivo, o en delitos objetivamente graves cometidos por delincuentes emocionales, como algunos casos raros de homicidio piadoso ..., etc.’ Y al esclarecer el art. 114, referente al “homicidio-suicidio” por móviles piadosos, escribe: ‘En el Proyecto se establece una sanción extraordinariamente atenuada, teniendo en cuenta que obra en la zona de la antijuridicidad, aunque con móviles altruistas, sin perjuicio de que la cordura judicial pueda otorgar el perdón’.”⁶⁹

Cuba

El Código de Defensa Social de Cuba del año 1936, después de señalar en su apartado A del artículo 437 el auxilio y la inducción al suicidio, así como los casos en que el propio inductor o auxiliador, ejecutaren la muerte, contempla en el apartado B lo siguiente:

“En los casos del apartado anterior, los tribunales, apreciando las condiciones personales del culpable, los móviles de piedad o compasión de su conducta y las circunstancias del hecho podrán, a su prudente arbitrio, señalar una sanción inferior a la de seis años que fijara dicho precepto, pero en ningún caso inferior a un año.”⁷⁰

Bolivia

El Proyecto de Código Penal del día 25 de octubre de 1935, compuesto por Julio Salomón, también de criterio atenuante, señala en su art. 78 lo siguiente: “ ‘El que matare a otro, aún por favor y a sus instancias, con el fin de evitarle los sufrimientos y las penas de una enfermedad tenida por incurable, será reprimido con cuatro a ocho años de presidio o dos a seis años de reclusión’.”⁷¹

⁶⁹ Ibid. Págs. 379, 380.

⁷⁰ Ibid. Pág. 380.

⁷¹ Id.

Brasil

El Proyecto de Código Penal Brasileño de 1928 estableció el motivo piadoso como una circunstancia atenuante en los casos de homicidio por compasión, señalaba así en la Parte General del Código:

“Art 130. IV. ‘Cuando cedió a la piedad provocada por la situación irremediable de sufrimiento en que se encontraba la víctima y a sus súplicas’.”⁷²

El vigente Código Penal del Brasil (el de 1940) mantiene el régimen atenuante, pero ya no trata este tema en la Parte General, sino al legislar sobre delitos en especie:

“ ‘Art. 121 ... 1. Si el agente comete el crimen impelido por motivos de relevante valor social o moral ..., el juez puede reducir la pena de un sexto a un tercio’.”⁷³

Costa Rica

En el Código Penal de Costa Rica de 1941, se configura y sanciona la instigación y ayuda al suicidio, así como la muerte dada a instancias de la víctima. Al respecto, el párrafo 3° del artículo 189, señala lo siguiente: “ ‘En los casos anteriores, los jueces, apreciando las circunstancias personales del culpable, los móviles de piedad o compasión de su conducta y las circunstancias del hecho, quedan facultados para disminuir la pena a su prudente arbitrio, sin que ésta pueda en ningún caso ser inferior a un año’.”⁷⁴

Estados Unidos

Aunque en este país existen posturas que defienden la eutanasia, los bioeticistas, los sanitarios y los ciudadanos norteamericanos parecen estar más renuentes a aceptarla. Por el contrario, hay más inclinación a la aprobación del suicidio asistido.

⁷² Ibid. 381.

⁷³ Id.

⁷⁴ Id.

Es probable que las tendencias favorables a la aceptación del suicidio asistido sea porque en éste el paciente parece actuar por sí mismo y para sí mismo, con plena expresión de su autonomía, lo cual consideran no sucede con la eutanasia, pues los norteamericanos la conciben como el tipo de eutanasia directa y voluntaria. Además de que a esta circunstancia hay que añadirle la vinculación que esta sociedad hace de la eutanasia a la Alemania nazi.

El debate actual sobre la muerte asistida en Estados Unidos, tiene uno de sus puntos de partida fundamentales en 1988, cuando se publica en el *Journal of the American Medical* un breve artículo anónimo titulado "*It's Over, Debbie*" en el que un médico residente relata cómo en una guardia de planta de su hospital practicó la eutanasia. Esta publicación fue enormemente criticada.

Posteriormente, en 1990, una enfermera de 54 años, quien padecía la enfermedad de Alzheimer, fue la primera paciente en utilizar la denominada "máquina del suicidio", diseñada por Jack Kevorkian, un patólogo retirado residente en el estado de Michigan (U.S.A.) Este método de suicidio recibió gran rechazo por parte de los médicos y bioeticistas norteamericanos. Sin embargo, observaron que el hecho de que hubiera pacientes dispuestos a solicitar la ayuda de Kevorkian, ponía de manifiesto que la sociedad norteamericana tenía en este tema una cuestión sin resolver.

Hasta esas fechas en el estado de Michigan no existían leyes que sancionaran la ayuda al suicidio, pero para detener las actuaciones de este médico, en este estado se aprobaron, en 1993, algunas disposiciones legales transitorias para penalizar temporalmente el suicidio asistido hasta que una comisión especial elaborara un informe sobre la mejor manera de legislar en esta cuestión.

Para 1991, otro caso de suicidio asistido entró al debate. El Dr. T. Quill, paliativista y profesor de psiquiatría y medicina en la Universidad de Rochester, publicó un artículo en el *New England Journal of Medicine* en el que se explicaba detalladamente cómo, después de dialogar profundamente con una paciente suya, enferma de leucemia, le facilitó los medios

necesarios para terminar con su vida. El Dr. Quill posteriormente fue absuelto en el procedimiento judicial que se interpuso contra él.

Al año siguiente, Quill desarrolló y publicó en el *New England*, con la colaboración de las Doctoras. C.K. Cassel (profesora de medicina y política social en la Universidad de Chicago) y D.E. Meier (profesora de medicina y geriatría en Mount Sinai, N.Y.) algunos criterios clínicos de suicidio asistido que trataban de establecer claras defensas en la prevención de abusos, al mismo tiempo que buscaban aumentar las opciones de todos aquellos enfermos incurables que piden tanto el reconocimiento como la posibilidad de decidir sobre su calidad de vida, así como también, el momento y forma de su muerte:

- “1. El paciente tiene que expresar, por propia iniciativa, y de forma clara y reiterada, que desea morir antes que continuar sufriendo
2. El juicio del paciente no debe estar distorsionado. Debe ser capaz de comprender la decisión, sus implicaciones y sus consecuencias.
3. El paciente tiene que padecer un proceso incurable y que esté asociado a un sufrimiento intenso, implacable e intolerable.
4. El médico tiene que asegurarse de que el sufrimiento y la petición del paciente no son el resultado de la ausencia de cuidados adecuados.
5. El suicidio médicamente asistido sólo debe ser llevado a cabo en el contexto de una relación médico paciente significativa. Aunque pueda no ser posible una relación anterior, el médico tiene que llegar a conocer personalmente al paciente para que las razones de la petición sean totalmente comprendidas.
6. Se requiere la consulta con otro médico con experiencia en cuidados paliativos.
7. Debe requerirse una documentación clara que apoye cada una de las condiciones previamente expuestas (siempre y cuando un proceso como éste llegue a ser públicamente autorizado). Se desarrollará un sistema para comunicar, revisar, estudiar y distinguir claramente tales muertes de otras formas de suicidio.”⁷⁵

⁷⁵ BARBERO GUTIÉRREZ, Javier Ob cit Pág. 162.

Con la presentación de estos criterios sus autores pretendían proporcionar orientación a los médicos y a los pacientes que estaban considerando esas opciones, promover una discusión abierta y continuada sobre los criterios clínicos potenciales y las salvaguardas para el suicidio médicamente asistido y ayudar a orientar a los políticos y legisladores que estaban considerando hacer cambios formales en la política social o en la ley.

En 1993, el Dr. Quill, en su libro titulado “*Death and Dignity*”, amplía sus propuestas e insiste en que el suicidio asistido no puede ser nunca el sustituto de los cuidados paliativos, sino que más bien constituye la expresión final de un largo camino que hace evidente que los médicos tratan de conceder progresivamente más control a los pacientes sobre su muerte y que están dispuestos a compartir con ellos todo el proceso. Quill considera que no debe dejarse sólo al paciente en el momento de la muerte, excepto cuando él lo manifiesta expresamente. Debido a esto considera que es necesario asegurar que cualquier ley promulgada para permitir el suicidio asistido no exija que el paciente esté sólo en el momento de su muerte para que los que le han ayudado estén a salvo de las posibles consecuencias legales.⁷⁶

En 1991, el mismo año en que Quill hizo público el caso de Diane, el libro de Derek Humpry “*Final Exit*” se convirtió en un *best-seller* en E.U. Este libro es un manual en el que su autor explica a los enfermos terminales como pueden suicidarse. Derek Humpry es el fundador de la *Hemlock Society*, una de las asociaciones a favor de la “muerte digna” más famosas de E.U. Por cierto, esta sociedad ha sido la impulsora de las tres iniciativas legislativas que se han puesto en marcha en E.U. hasta la fecha:

La primer iniciativa, la Iniciativa 119, trataba de modificar el Acta de Muerte Natural del Estado de Washington. En ésta se hablaba de legalizar la “muerte médicamente asistida” para los enfermos terminales, pero no se distinguía entre eutanasia y suicidio asistido, ni se mencionaban grandes medidas de control. Estos aspectos muy probablemente influyeron para que la población del Estado, aunque por estrecho margen, la rechazaran en referéndum a finales de 1991.

⁷⁶ Cfr. *Ibid* Págs. 159-165.

En 1992, surgió la segunda iniciativa, la Propuesta 161, que pretendía, al igual que la anterior propuesta, que se legalizara en el Estado de California la "muerte médicamente asistida" para los enfermos terminales. En esta iniciativa se explicaba mejor que se trataba tanto de eutanasia como de suicidio asistido, e incorporaba al texto una propuesta para evitar los posibles abusos, sin embargo, aún así la propuesta fue rechazada en referéndum por poco margen (54% a favor, 46% en contra).

La tercera iniciativa intentaba legalizar el suicidio asistido de los enfermos terminales en el Estado de Oregón (donde se encuentra la sede central de la *Hemlock Society*). Con relación a esta propuesta, algunos bioeticistas destacados manifestaron públicamente sus dudas acerca de su conveniencia, pero finalmente fue aprobada en referéndum en 1994. Cabe señalar que el texto de iniciativa de Oregón debe mucho, tanto en su contenido como en el hecho de haber sido aprobada, al Dr. T. Quill.

Holanda

En Holanda, el término eutanasia es utilizado para designar exclusivamente a los actos deliberados destinados a poner fin inmediato a la vida del paciente a petición de éste.

La polémica sobre la probable regularización de la eutanasia en este país se inició en 1973, cuando el Juzgado de Leeuwarden estableció que un acto de eutanasia sería aceptable si el paciente además de padecer una enfermedad incurable y experimentar un sufrimiento insoportable, solicitaba la terminación de su vida y el acto era realizado por el médico que trataba al paciente o bien, era consultado por éste.

En la década de los ochentas la polémica se enfatizó, las denuncias proliferaron, pero las disposiciones judiciales (entre ellas la de Rotterdam de 1981 es la primera de importancia) siguieron apoyando la sentencia Leewarden. El problema existente durante ese tiempo era provocado por las grandes diferencias que había entre unos distritos y otros, pues mientras que en unos el médico podía llegar a ser inicialmente arrestado y encarcelado, aunque

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

posteriormente se le absolviera, en otros, por acuerdo entre la policía, los fiscales y los médicos, esta situación no llegaba a ocurrir nunca.

Debido a lo confuso e irregular de la situación, empezó la preocupación de parte del gobierno holandés de aclarar y ordenar legislativamente esta cuestión. Así en 1982, el gobierno tomó dos importantes decisiones, la primera consistió en establecer que la determinación de iniciar o no acciones legales contra un médico la tenían que tomar directamente los fiscales de distrito. Postura que fue criticada porque esas decisiones no se hacen públicas y, principalmente porque otorgaba al fiscal prerrogativas casi equivalentes a las del juez y del legislador. En segundo lugar, el gobierno estableció una Comisión Estatal sobre la Eutanasia, integrada por quince miembros de profesiones y religiones diferentes. En 1985, esta Comisión emitió un informe cuya propuesta más innovadora fue la de reformar el Código Penal, añadiendo varios párrafos despenalizadores de los artículos 292, 293 y 294 que condenaban las prácticas de muerte asistida. Uno de estos párrafos contenía los requisitos que debía reunir la acción de un médico para no ser punible. Tales requisitos coincidían en lo esencial con los aprobados por los jueces y con los señalados por el *Consejo General de la Real Asociación Médica Holandesa* en 1984:

“* El paciente debe experimentar su sufrimiento como insoportable. El médico discutirá y hablará repetidamente con el enfermo para establecer de forma inequívoca esta experiencia del paciente.

* El deseo de morir debe ser manifestado de forma persistente y mantenida.

* No existen ningunas posibilidades de mejoría de la situación del paciente.

* La petición debe ser voluntaria y sin que existan presiones externas ni coacciones internas (vs. depresión). El médico se asegurará, en privado, de la voluntariedad por parte paciente.

* Antes de llevar acabo una petición de eutanasia activa voluntaria o suicidio asistido el médico debe consultar, al menos, con otro colega que no esté directamente vinculado con el caso, que hablará con el paciente y examinará su situación biológica. Estas

consultas son un signo claro de que se está proporcionando todo el cuidado técnico necesario.

* El médico debe de emitir un certificado de defunción por muerte natural. Además está obligado a custodiar la historia del paciente.⁷⁷

El informe de la comisión no tuvo gran repercusión porque aunque fue aprobado por el Parlamento, el gobierno y los cristianos-demócratas no lo apoyaron. Tras este suceso se inició un periodo confuso en el que mediaron comicios electorales, discusiones de proyectos de ley, borradores, ofertas y contraofertas, sin que se adoptaran iniciativas trascendentales.

No fue hasta 1990 cuando el gobierno holandés creó una nueva Comisión, al frente de la cual colocó al Profesor Rummelink (prestigioso procurador de la Corte Suprema Holandesa) con el fin de que ésta realizara un nuevo informe acerca de la práctica de la eutanasia en el país, para de esta forma evaluar nuevamente su regularización legal. Además de la creación de esta Comisión, el gobierno holandés negoció con la Real Asociación Médica Holandesa un procedimiento uniforme de notificación oficial de los actos de eutanasia, introduciendo para ello modificaciones en la estructura del Acta de Defunción Oficial, pues la falta de concreción sobre la forma en que un médico debía comunicar a las autoridades estos actos era la causa principal de las diferencias de trato jurídico-administrativo que se daba a los médicos en unos distritos y otros. Además de que esto provocaba que muchos médicos no notificaran sus acciones y declararan la defunción del paciente por muerte natural.

Los estudios realizados en ese tiempo, por la Comisión Rummelink y otros investigadores, coincidían en señalar que las cifras de eutanasia se aproximaban a 2 000 y 2 500 al año y el suicidio asistido aproximadamente 400 casos anuales. Dos meses después de la obtención de estos resultados, el gobierno realizó su propuesta legislativa consistente en: 1) no modificar el Código Penal, 2) no promulgar ninguna ley específica sobre eutanasia, 3) realizar una propuesta de modificación del Acta de Defunción, consistente en la inclusión de un cuestionario que indirectamente indagaría si el médico había actuado en conformidad con los

⁷⁷ Ibid. Pág. 146.

criterios establecidos por los jueces, aunque sin citarlos expresamente. De no cumplir con estos requisitos en teoría se procedería a entablar un procedimiento contra el médico y a condenarlo si su actuación resultara irregular. Después de un periodo de fuertes debates la propuesta gubernamental fue aprobada por el Congreso en febrero de 1993 y suscrita por el Senado en noviembre del mismo año.

A partir de 1994 los jueces holandeses comenzaron una nueva etapa de liberalización de los requisitos para la práctica de la eutanasia al no considerar imprescindible la exigencia de que el paciente sea un enfermo terminal y dar apertura a enfermedades irreversibles y de otro tipo.⁷⁸

“Holanda (o más propiamente, los países bajos) es el único país en el mundo donde la eutanasia se practica abiertamente. No es permitido por estatuto, pero la ley acepta una defensa normal de doctores que se han adherido a pautas oficiales ... No es una condición que el paciente esté terminalmente enfermo o que el sufrimiento sea físico.”⁷⁹

⁷⁸ Cfr. *Ibid.* Págs. 157, 158.

⁷⁹ *Id.*

CAPITULO III

EUTANASIA, SIDA Y SUS CONSECUENCIAS

CAPÍTULO III

EUTANASIA, SIDA Y SUS CONSECUENCIAS

3.1. REPERCUSIONES

El hecho de padecer VIH/SIDA trae consigo múltiples consecuencias. A continuación, intentaremos plantear toda la problemática que tal diagnóstico implica. Para tal efecto hemos hecho una división de los diferentes aspectos en los que repercute la enfermedad, sin embargo, es necesario señalar que todos están intrínsecamente relacionados y todos influyen o determinan la respuesta que tenga el individuo ante su enfermedad.

3.1.1. Sociales

Las enfermedades siempre han provocado temor a la humanidad. Temor que es aún mayor cuando se trata de enfermedades que son nuevas, ya que inicialmente se desconoce su origen, no se sabe cómo enfrentarlas, cómo protegerse de ellas, ni su curación.

Desde la antigüedad este miedo se presenta sobre todo con las epidemias, es decir, enfermedades que por ser contagiosas se propagan entre la población afectando a un gran número de personas. Esto ha sucedido, en su tiempo, con la viruela, la peste, el cólera, la lepra, la fiebre amarilla y otras afecciones.

En todas las épocas, el miedo y la ignorancia de esas enfermedades han ocasionado el mal trato y la culpabilización de las personas que las padecen. Se les ha adjudicado su origen a los malos espíritus, a la posesión del demonio, al castigo divino o a su “mal comportamiento”, y se les ha tratado con torturas, estigma, desprecio, rechazo, marginación, aislamiento, exorcismos, etc. En este sentido el SIDA no ha sido la excepción.

Al iniciar la epidemia del SIDA se ignoraba la causa que lo provocaba, circunstancia que favoreció el desarrollo de la estigmatización y culpabilización contra los homosexuales por ser ellos en quienes primero se identificó. Se creía que las prácticas sexuales promiscuas que realizaban estos grupos, entre ellos los bisexuales, habían dado origen a la infección.

En todas las sociedades conocidas del mundo el comportamiento heterosexual es la tendencia preferida o el parámetro a seguir por la población. No obstante a ello, la homosexualidad y bisexualidad han existido siempre a través de la historia, y aunque la actitud que se adoptaba en el pasado frente a ellas hoy no es la misma, pues ahora hay más aceptación, los homosexuales y bisexuales constituyen una minoría que todavía debe enfrentar diversos prejuicios, principalmente sociales. La discriminación de que llegan a ser objeto estos grupos aumenta cuando se sabe que padecen SIDA, primero por la no aceptación de su preferencia sexual, y después por el fuerte impacto que ha tenido esta enfermedad en todo el mundo. La homofobia y la discriminación sexual, al combinarse con la enfermedad, desencadenan respuestas sociales de gran complejidad hacia las personas infectadas.

La detección del virus en otros grupos, como los de adictos a drogas intravenosas y hemofílicos, y los resultados obtenidos por los estudios científicos realizados, dieron a conocer que el virus que provocaba el SIDA no únicamente podía afectar a grupos bien determinados: homosexuales y bisexuales, sino que cualquier individuo, en determinadas circunstancias (conductas de riesgo), podía verse implicado en la epidemia. Este suceso, aunado a la carencia que hasta nuestros días se tiene de vacuna o cura alguna que pueda contrarrestar al virus, o bien a sus efectos, así como la ignorancia en que gran parte de la población vive respecto a esta infección, ha propiciado que se manifieste rechazo y temor ante quienes lo padecen.

La inevitabilidad de la muerte en etapa de SIDA, debida a que el virus que lo provoca ataca al sistema inmunológico de tal forma que el organismo que lo porta está expuesto a todo tipo de infecciones oportunistas que ocasionan su deterioro extremo hasta finalmente causarle la muerte, ha constituido el principal motivo por el cual esta enfermedad ha impactado tanto a la humanidad.

Toda la problemática que envuelve a esta enfermedad: el impacto de su aparición inesperada, la estigmatización y culpabilización de quienes la padecen, la ignorancia que gran parte de la población tiene sobre ella, los estragos que provoca al cuerpo humano, su

incurabilidad y su alto índice de mortalidad, entre otros aspectos, ha propiciado temor entre la población, por lo que ante el riesgo de contraerlo se prefiere alejar a quienes la padecen, estigmatizándolos y rechazándolos.

El estigma de quienes tienen SIDA y el miedo al contagio se ve reflejado, entre otros aspectos, en el ámbito laboral, pues muchas personas con diagnóstico de SIDA son separadas de su trabajo por patrones que les temen o creen que su presencia tendrá un impacto negativo al resto de los trabajadores o sobre el propio negocio.

3.1.2. Familiares

La noticia de VIH/SIDA, además de lógicamente repercutir en la persona para quien el diagnóstico resulta positivo, repercute en la familia. La familia en estos casos es muy importante y se ve tan involucrada que buena parte de la problemática que circunda a un enfermo con este padecimiento transcurre, precisamente, en el ámbito familiar.

Ante la noticia de la enfermedad se pueden presentar en la familia toda clase de emociones y sentimientos, desde los más sensibles como el amor y el cariño, hasta los más crudos como el coraje y el odio. Las reacciones de la familia ante un diagnóstico de SIDA son difíciles de predecir debido a que participan en ellas un gran número de factores. Cada familia se compone de personas que tienen relaciones diferentes con el enfermo. Los padres presentan reacciones distintas con mayor probabilidad que los hijos, esposos o primos. La naturaleza de la relación y el papel que la persona con SIDA desempeña en la vida de cada miembro familiar pueden variar.

Las primeras actitudes que la familia puede manifestar ante la noticia de que un familiar está infectado son las siguientes:

Negación. Los familiares no creen lo que está pasando, se niegan a pensar en que alguien de la familia pueda estar infectado.

Fatalismo Sentir que el mundo se acaba o que el tiempo del ser querido enfermo está contado y no hay nada por hacer.

Indiferencia. Puede suceder, en el peor de los casos, que a la familia no le importe el estado de salud de la persona que vive con el virus.

Rechazo. Éste se puede traducir en el alejamiento del familiar infectado, o bien, en el evitar el acercamiento de otros familiares y amigos.

Miedo El temor de exponerse a riesgos de contagio.

La familia de una persona con diagnóstico de VIH sufre al igual que ésta, angustia, depresión, enojo, temor, ansiedad e incluso rechazo social, más aún cuando los lazos afectivos que los unen son muy estrechos.

La vida de una persona a quien le es detectado el VIH, así como la de los familiares que lo rodean, cambia a partir de que éste es diagnosticado. El enfermo tiene que modificar sus hábitos alimenticios, sus prácticas sexuales, acudir con más frecuencia al médico, tomar continuamente medicamentos, guardar cierto reposo y muchos otros más. La familia, por su parte, se ve en la necesidad de estar pendiente y de apoyar a la persona infectada en los cuidados necesarios para evitar que su estado de salud se vea deteriorado.

Los cambios que tienen lugar en la vida del enfermo y su familia se intensifican cuando éste desarrolla SIDA, pues debido a la susceptibilidad que durante esta fase existe de contraer otras infecciones o enfermedades que pueden ser mortales es imprescindible extremar los cuidados, además de que llega el momento en que el deterioro del paciente es tan severo que es imposible que se valga por sí mismo.

Así como el conocimiento del diagnóstico provoca distintos sentimientos y comportamientos entre los familiares de la persona afectada por este virus, la evolución de la

enfermedad, la mayoría de las veces, da lugar a conflictos desafortunadamente difíciles de evitar y que tristemente pueden influir en el estado emocional y físico del enfermo.

El contar con un familiar enfermo de SIDA no es fácil, más aún cuando se carece de los medios necesarios para enfrentar los gastos que esta situación genera, tales como la compra de medicamentos y la atención médica, ya sea en instituciones de salud públicas o privadas. Cabe señalar que en esta fase las asistencias al médico y los internamientos son mucho más comunes, incluso frecuentemente de emergencia.

Los desembolsos monetarios no contemplados causan presión entre los familiares, lo que provoca que muchas de las veces éstos desahoguen sus tensiones en forma conflictiva.

La comunicación inadecuada por el hecho de que algunos miembros de la familia lo saben y otros no, así como la división de los mismos, por el apoyo de unos y el rechazo de otros, también puede generar desacuerdos entre ellos.

En las familias, la tendencia más común es mantener en secreto el problema. La dificultad para explicarse a nivel familiar el origen y el tipo de problemática que significa contar con un miembro seropositivo o ya con SIDA, se asocia directamente con el interés de los afectados por controlar el flujo de información.

Las familias también son víctimas de procesos de estigmatización por lo que comúnmente, al ser interrogadas por el estado de salud del familiar enfermo prefieren utilizar el término de cáncer en lugar del de SIDA. El cáncer, al igual que el SIDA, es una enfermedad que causa graves estragos en el cuerpo humano, sin embargo, la forma de desarrollarlo, así como sus muy grandes posibilidades de vida mediante la detección temprana y su tratamiento, hacen que, a diferencia del SIDA tan impredecible, no sea una enfermedad estigmatizada socialmente, aunque sí temida. Suele suceder que miembros de la familia que al principio creían que su familiar padecía cáncer, al enterarse de que en realidad lo que tiene es SIDA se alejen. De hecho, en muchos casos el paciente con SIDA, así como las pocas personas de la familia

que conocen el problema prefieren mantener en secreto el diagnóstico ante la posibilidad del rechazo y sentimientos encontrados. Este dilema de decir o no decir, obliga a las personas con VIH/SIDA a recurrir a estrategias de manejo de la información y a reflexionar a través de un universo de supuestos sobre las posibles reacciones de sus familiares. Prefieren escoger a la persona idónea para enterarla en primera instancia, así como la manera en la cual se le habrá de comunicar el problema. Sobre la base de la alianza inicial entre el afectado por el virus y el familiar escogido, se despliega una estrategia de comunicación gradual y selectiva, hacia algunos integrantes de la familia.

El apoyo material (es decir la ayuda de algunos gastos médicos y la atención física del enfermo) y el rechazo moral tendiente a estigmatizar al enfermo, pueden coincidir. Algunos familiares, cuando juzgan que la infección de uno de sus miembros ocurrió por accidente o por transfusión, suelen brindar más apoyo que cuando estiman que el problema es consecuencia de una "conducta desviada sin moral".

En ocasiones, la solidaridad se ve obstaculizada, más que negada, por factores objetivos. En esta medida la ausencia de apoyo no necesariamente implica discriminación. Esto se observa principalmente cuando los integrantes de la familia desisten de visitar al enfermo en el hospital o brindarle atención debido a algunas limitaciones como la carencia de recursos económicos, las distancias a cubrir para llegar a los centros de atención, así como la necesidad de priorizar otras actividades para poder subsistir tales como trabajar para mantener a los hijos y hacerse cargo de ellos.

A todo lo anterior, hay que aunar que la naturaleza del proceso de la enfermedad conduce a la persona con SIDA a un estado de deterioro cuyas características hacen más difícil su atención, ya que los familiares suelen verse afectados desde el punto de vista emocional por tal eventualidad y prácticamente no saben qué hacer. Este impacto en los integrantes del núcleo familiar merma considerablemente su voluntad de apoyo y los hace enfrentar un franco dilema: apoyar o no apoyar, y en caso de hacerlo, cómo y cuánto. Toda la serie de sucesos a los que

hemos venido haciendo referencia, a su vez, propician que la carga, tanto material como emocional, recaiga en una sola persona.

En síntesis, la ambigüedad de las conductas entre el apoyo y el rechazo al interior de las familias de personas con SIDA responde a las condiciones de precariedad material en que viven, a la necesidad de apoyo emocional de los propios familiares y a la obligación de adaptarse al medio social, que muestra su hostilidad también en el riesgo de estigmatizar no sólo a la persona que vive con el VIH/SIDA sino a toda su familia.

Los sentimientos de culpa, o bien, la búsqueda de culpables, es otra circunstancia que puede presentarse en el núcleo familiar. El equilibrio emocional de los seres cercanos a la persona que padece SIDA también se altera, por lo que pueden surgir sentimientos de culpabilización (“lo pudimos haber evitado si se hubiera dicho o hecho tal cosa”) que a su vez pueden originar otros muy contradictorios como la sobreprotección o el rechazo del enfermo. El problema aumenta cuando se busca a algún culpable o culpables con el fin de deslindarse de responsabilidades, pues los conflictos intrafamiliares, por la incriminación directa entre un familiar y otro, pueden provocar que la atmósfera creada entorno al enfermo se vuelva más tensa.

Por otra parte, el cuidado de una persona con SIDA es tan absorbente debido a que su estado de salud muchas veces ya no le permite valerse por sí mismo que es muy común que el familiar o los pocos familiares que lo atienden den menos atención a otros miembros de la familia, lo que puede generar algunos conflictos, más aún si al problema de descuido en que a veces se tiene a terceros anexamos el de la sobrecarga de trabajo. Es frecuente que el cuidado del paciente sea asignado a una sola persona o a un grupo muy reducido. Desgraciadamente es tan devastadora esta enfermedad que de no compartir responsabilidades y sentimientos se llega a hacer una pesada carga porque, desafortunadamente, y aún cuando el cariño por el familiar enfermo sea inmenso. En determinado momento el dolor de ver a un ser querido en tan deplorables condiciones y las tensiones que implican su cuidado así como el desgastamiento físico que también afecta a quien lo cuida, hacen que la familia tenga que soportar una muy

fuerte carga emocional. Además de que posiblemente esta situación ocasione problemas de salud en ellos.

El tipo de apoyo (afectivo y material) que las familias pueden brindar a los enfermos se asocia estrechamente a la forma en que la familia, en su conjunto, maneja el problema que representa esta enfermedad.

La muerte de la persona que padece SIDA es otro suceso que tiene que aunarse a toda la problemática intrafamiliar que desencadena el contar con un ser querido con esta enfermedad. Las consecuencias del deceso pueden presentarse en varias esferas: los efectos emocionales (depresión ante la ausencia, enojo por las condiciones en que falleció, cierta paz porque el paciente ya no sufre y la familia tampoco), el miedo al estigma (que puede permanecer), las consecuencias del endeudamiento y la preocupación por quienes le sobreviven, sobre todo si son menores de edad. Las deudas contraídas también permanecen como una fuerte carga que torna más lenta la marcha para superar los trastornos producidos por la experiencia de una enfermedad como la del SIDA, aspecto que resulta aún más difícil cuando la persona afectada por el virus era el sostén de la familia.

En algunas familias, el conflicto principal tras la muerte de una persona infectada por el VIH, se refiere a la posesión de sus bienes. Toda esta serie de conflictos puede traer como consecuencia diversos grados de ruptura familiar, en ocasiones de manera irreversible. Aunque hay casos de excepción en los que tanto el contar como el ya no contar con un familiar con SIDA, una más a la familia.

Cabe señalar que una historia de SIDA no siempre finaliza con la muerte del enfermo, pues puede quedar una persona infectada por lo que la etapa post-mortem es vivida como una tragedia más.

3.1.3. Físicas

Los estragos físicos que provoca el SIDA en el cuerpo humano son múltiples y están relacionados con la enfermedad oportunista que se presenta. Para hacer alusión a los daños físicos más comunes que pueden presentarse durante esta fase, retomaremos la lista de enfermedades indicadoras de SIDA a la que hicimos referencia en el capítulo anterior, describiendo en cada una de ellas las consecuencias que trae consigo su padecimiento.

Candidiasis esofágica

La candidiasis esofágica, consiste en la inflamación de la mucosa del esófago provocada por un hongo llamado *candida*. Este trastorno suele ocurrir en pacientes con inmunosupresión o inmunodeficiencia y se manifiesta por odinofagia (que significa dolor al tragar o deglutir), la cual puede ser tan intensa que no permite deglutir la saliva. Los enfermos suelen tener algodoncillo bucal (infección por hongos que provoca manchas blancas en las mucosas de la boca).

Otras manifestaciones de la candidiasis esofágica son el reflujo gastroesofágico (es decir que se regresa el alimento debido a una deficiencia del esfínter cardíaco gastroesofágico, al esófago) o náuseas sin dolor retroesternal.

Esta enfermedad ocurre casi exclusivamente en pacientes con linfomas, leucemia y SIDA.

Candidiasis pulmonar (tráquea, bronquios y pulmones)

Aunque en algún caso pueda depender del descenso del hongo denominado *candida* desde las vías respiratorias superiores, expresa casi siempre una diseminación hematogena en el contexto de una candidemia generalizada.

Las manifestaciones clínicas son disnea (dificultad para respirar, tos y esputo), insuficiencia respiratoria y fiebre.

Coccidioidomycosis extrapulmonar o diseminada

La coccidioidomycosis es una micosis sistémica producida por la inhalación de esporas de *coccidioides y mmitis*, hongo que crece en el suelo de los desiertos del sureste de los Estados Unidos de América, norte de México y algunas áreas de América del sur.

La coccidioidomycosis extrapulmonar o diseminada es muy rara (1%), la más común es la pulmonar. Las localizaciones más frecuentes son la piel, los huesos, las articulaciones, los tejidos blandos y las meninges (membrana que cubre todo el sistema nervioso).

Los síntomas referidos son: tos con expectoración purulenta, a veces hematoica, disnea y cianosis (coloración violácea de las mucosas por deficiente oxigenación), que se acentúan conforme avanza la enfermedad, posteriormente con la invasión de meninges, encéfalo, huesos, articulaciones, ganglios superficiales de cuello y piel. Las lesiones se tornan de tipo granulomatoso con la presencia de abscesos subcutáneos que se abren produciendo ulceraciones.

Criptococosis extrapulmonar

Es una infección causada por un hongo llamado *cryptococcus neoformans*, de origen respiratorio, que en forma característica se disemina por las meninges y el Sistema Nervioso Central (SNC), y ocasionalmente por el aparato genitourinario, piel, huesos y otros órganos. Se presenta sobre todo en individuos sometidos a tratamiento prolongado con antibióticos. Se manifiesta como un cuadro típico de meningitis: fiebre, rigidez de nuca, crisis convulsivas, o bien, como un absceso cerebral que puede ocasionar, además de lo anterior, alteraciones de sensibilidad, movilidad o alteración de las funciones cerebrales superiores según la localización del absceso. En la piel se pueden observar lesiones papulosas con tendencia a la ulceración y localización diversa.

Criptosporidiasis intestinal crónica

Es una infección intestinal provocada por un tipo de parásito llamado *cryptosporidium*, que causa enteritis (inflamación del intestino) con diarrea secretoria (que ocasiona evacuaciones

con moco y sangre) y enfermedad de vías biliares, lo que puede llevar a sufrir deshidratación, ictericia (coloración amarillenta de la piel y mucosas) e intolerancia a diversos alimentos.

Enfermedades por citomegalovirus en pacientes mayores de un mes de edad

Son infecciones causadas por un virus denominado *virus del herpes número 5*, que ocurren en el 85 a 95% de varones homosexuales y son de transmisión sexual. En personas con SIDA la infección suele ser muy grave. En enfermos mayores de un mes de edad, y especialmente en neonatos, la infección regularmente es de transmisión intrauterina.

Los signos y síntomas son: Ictericia, crecimiento del hígado y el bazo. En los neonatos, más del 15% desarrollan un déficit auditivo y hasta 30% tienen retraso mental. La infección adquirida poco después del nacimiento es asintomática, pero puede originar posteriormente déficit neurológico.

Retinitis por citomegalovirus

Provoca inflamación crónica de la retina y atrofia (pierde toda su estructura y función) por un virus llamado *citomegalovirus*. Los signos y síntomas que puede causar son dolor crónico, alteraciones visuales e incluso ceguera.

Úlceras por herpes virus simple

Entendiendo por úlcera la pérdida de continuidad de cualquier superficie epitelial del organismo con escasa o nula tendencia a la cicatrización espontánea, mencionaremos que las úlceras por herpes simple son lesiones de la piel causadas por un virus, cuyos síntomas son ardor, comezón, inflamación local e hiperemia (aumento de la coloración local). Puede haber con anterioridad neuralgia (esto es dolor en el trayecto de un nervio). Las lesiones pueden ocurrir en cualquier parte, pero con mayor frecuencia se presentan en labios, boca y genitales.

Neumonía por herpes simple

Es una infección del tejido pulmonar ocasionado por el *virus herpes simple*. En esta enfermedad predominan los síntomas generales como fiebre, malestar general y dolor de

cabeza, más que los respiratorios (tos productiva, es decir con flemas, dificultad respiratoria y cianosis), aunque suele haber tos no productiva.

Esofagitis provocada por herpes virus simple

En este caso los síntomas son muy similares a los provocados por la *candidiasis esofágica*. De hecho la única diferencia es que ambos padecimientos son provocados, el primero, por un virus, y el segundo, por un hongo.

Encefalopatía por VIH

En términos generales, encefalopatía significa enfermedad del cerebro (encéfalo). En pacientes con VIH es frecuente (30 a 40%) la aparición de alteraciones neurológicas como consecuencia de la infección directa de este virus (que tiende a atacar preferentemente al SNC) combinada o no con infecciones oportunistas y/o neoplasias del SNC.

En cuanto a las manifestaciones clínicas, el VIH puede permanecer en el cerebro en ausencia de enfermedad clínica o provocar enfermedad crónica progresiva.

Los síndromes clínicos neurológicos de la encefalopatía por VIH, se pueden manifestar de la siguiente forma:

Alteraciones de la memoria y de la concentración y enlentecimiento psicomotor. En más de la mitad de los casos, a medida que la enfermedad progresa aparecen trastornos motores: ataxia (trastorno del movimiento voluntario que aparece incoordinado estando conservada la fuerza muscular), debilidad de extremidades inferiores, temblor y defectos en la coordinación motora o de la conducta (apatía, psicosis orgánica).

En estadios finales los pacientes presentan demencia, mutismo, incontinencia de esfínteres, paroplejía y mioclonías o convulsiones y neuropatías.

Histoplasmosis diseminada o extrapulmonar

Infección causada por un hongo llamado *histoplasma capsulatum*. Se adquiere por inhalación de las esporas hacia los pulmones. Aquí el microorganismo prolifera y puede invadir otros órganos a través de la sangre.

Casi todos los casos son asintomáticos o leves y en consecuencia no se identifican. Cuando sí ocasiona síntomas y/o signos presenta fiebre, tos, dolor torácico ligero y en casos graves produce postración intensa, fiebre, diarrea, úlceras orofaríngeas

La histoplasmosis progresiva crónica suele observarse en ancianos o inmunodeprimidos. En esta enfermedad los pulmones muestran alteraciones crónicas, a menudo con cavidades. En pacientes con VIH se caracteriza por fiebre e insuficiencia de múltiples sistemas y órganos (hepatitis, anemia, disminución de leucocitos circulantes).

Sarcoma de Kaposi

Tipo de tumor cancerosos de la piel que ocurre endémicamente en varones negros jóvenes de África de Ecuatorial, pero es raro en negros estadounidenses. En los últimos años se han encontrado grupos epidémicos de sarcoma de Kaposi, básicamente varones homosexuales, en varias grandes ciudades de E.U.A. Actualmente, el sarcoma de Kaposi acontece como una característica del SIDA.

Ocasiona fiebre, crecimiento de ganglios y molestias gastrointestinales. Se acompaña de placas oscuras de color rojo violeta o nódulos en superficies cutáneas o mucosas, que pueden ser o no dolorosos o causar ardor o comezón.

Neumonía intersticial linfoidea

Afección de las capas interalveolares que es provocada por la reacción antígeno-anticuerpo en enfermedades con alteraciones inmunológicas. Causa un tercio del total de episodios de neumonitis clínica en pacientes con SIDA. Ocasiona disnea y tos de inicio

insidioso, habiendo también estertores finos en las bases pulmonares. Regularmente evoluciona a insuficiencia respiratoria y el tiempo promedio de vida es de unos cuatro años.

Linfoma primario de cerebro

Linfoma es el nombre genérico de los tumores originados en el tejido linfoide, que por lo general se aplica a los tumores malignos.

El linfoma primario de cerebro se presenta comúnmente en pacientes con SIDA. Origina trastornos en el razonamiento o la conciencia, alteraciones motoras o sensitivas focales, crisis convulsivas e inflamación de nervios craneales, pudiendo alterar la vista, el olfato, la audición y la expresión facial, así como el gusto y la secreción salival.

Linfoma no Hodking

Los linfomas no Hodking son un grupo heterógeno de cánceres de los leucocitos. Los trastornos son variables y varían desde la enfermedad asintomática hasta las afecciones devastadoras rápidamente progresivas.

Los pacientes con linfomas asintomáticos pueden presentarse con crecimiento de ganglios indoloro, que puede ser aislado o diseminado. Sin embargo, los linfomas indolentes casi siempre están diseminados cuando se diagnostican y con frecuencia hay invasión de médula ósea.

Los enfermos con linfomas de grado alto pueden presentar crecimiento de ganglios o síntomas constitucionales como fiebre, sudaciones nocturnas abundantes o pérdida de peso. En el examen el crecimiento de ganglios puede ser aislado o es posible encontrar sitios extraganglionares de afección (piel, aparato digestivo). Los pacientes con linfoma de Burkitt se deterioran a menudo y presentan dolor o plenitud abdominal por la predilección de la enfermedad por el abdomen.

Infecciones bacterianas múltiples o recurrentes:

Mycobacterium tuberculosis extrapulmonar o diseminada

Aunque *M. tuberculosis* causa con mayor frecuencia infección pulmonar, puede afectar prácticamente cualquier parte del cuerpo (expansión a través de la sangre). La infección extrapulmonar corresponde casi al 15% del total de casos de tuberculosis. Las infecciones tuberculosas extrapulmonares más comunes son adenitis, derrame pleural, infección de vías urinarias, peritonitis, infección de huesos y articulaciones, y meningitis. En 5 a 10% de los casos extrapulmonares hay una afección diseminada.

Cuadros clínicos:

Meningitis: Causa indiferencia, irritabilidad, falta de apetito, dolor de cabeza, vómitos, convulsiones, rigidez de cuello y espalda, estado de coma.

Derrame pleural: dolor torácico, dificultad respiratoria, cianosis, tos seca, abultamiento de espacios intercostales.

Infección de vías urinarias: dolor y cólico en el flanco afectado, náuseas, vómito, distensión abdominal, presencia de sangre en orina, escalofrío, fiebre, frecuencia urinaria.

Peritonitis: fiebre, falta de apetito, náuseas, presencia de gases, distensión abdominal después de comer, intolerancia a los alimentos, dolor abdominal con cólicos intensos. Es posible que haya estreñimiento, pero lo común es que exista diarrea leve a grave.

Huesos y articulaciones: dolor local que se intensifica por la noche. Puede haber rigidez, aunque al inicio esto es raro. A medida que progresa el proceso es más notable la limitación del movimiento articular por contracturas musculares y destrucción de la articulación.

Los datos locales durante etapas iniciales pueden limitarse a hipersensibilidad, tumefacción de tejidos blandos, derrame articular y aumento de temperatura de la piel alrededor

del área afectada. A medida que la enfermedad progresa sin tratamiento, son notables la atrofia y la deformación muscular. Puede haber abscesos con drenaje espontáneo al exterior. La destrucción progresiva de hueso en la columna vertebral puede causar una joroba, en especial en la región tóraco-lumbar.

Es importante señalar que las afecciones causadas por *M. avium* o *M. Kansai* son indistinguibles clínicamente de las causadas por *M. tuberculosis*, con la única diferencia que son las dos primeras las bacterias responsables y no la última.

Neumonía por Pneumocystis carinii (neumocistosis)

Es una enfermedad provocada por un microorganismo llamado *pneumocystis carinii*, que ocurre en todo el mundo, y aunque es rara en la población general, es muy frecuente en dos grupos:

1. Como epidemia de infecciones primarias en prematuros o lactantes débiles o marasmáticos en salas o instituciones para recién nacidos.

2. En casos esporádicos, en niños mayores y adultos con anormalidad o alteración del estado inmunológico. Se supone que casi todos los últimos se deben a la reactivación de una infección latente cuando hay inmunosupresión. Suele ocurrir en pacientes con cáncer o desnutrición y debilidad graves, en enfermos que reciben inmunosupresores, citotóxicos o radiaciones para tratamiento en trasplantes de órganos o por cáncer, en pacientes con corticoterapia, y en personas con SIDA. En E.U.A. la neumonía por *Pneumocystis carinii* ocurre en 80% de los pacientes con SIDA y es una causa importante de muerte.

Datos clínicos: Con raras excepciones, los datos se limitan al parénquima pulmonar. En la forma esporádica de la enfermedad acompañada de deficiencia de la inmunidad mediada por células, el inicio es súbito, con fiebre alta, taquipnea, acortamiento de la respiración, tos leve no productiva, retracciones intercostales y cianosis. Los datos físicos pulmonares pueden ser ligeros (incluyendo ausencia de estertores) y desproporcionados para el grado de afección y los

datos radiológicos. Sin tratamiento la evolución suele ser de deterioro rápido y muerte. En la forma infantil, el paciente por lo general, no tiene fiebre y puede presentar eosinofilia

Leucoencefalopatía multifocal progresiva

Enfermedad que provoca destrucción del tejido cerebral por ataque de los leucocitos del paciente.

Es una enfermedad neurológica desmielinizante progresiva, extremadamente rara, que ocurre en particular en personas con supresión por fármacos o enfermedades (Por ej.: VIH).

Cuadro clínico: La demencia es el síndrome más común en el SIDA y ocurre en casi dos tercios de los pacientes. En la mayoría de los que presentan el complejo de demencia por SIDA no es posible demostrar el VIH en el SNC. La demencia es progresiva y puede acompañarse de déficit piramidales, signos de liberación frontal, mioclonos y pérdida del control de esfínteres. Los pacientes suelen morir en el transcurso de unos meses de neumonía por aspiración o una infección oportunista.

Toxoplasmosis cerebral iniciada luego del primer mes de vida

Infección causada por un parásito llamado *toxoplasma gondii* que ocurre en el hombre por la ingestión de quistes de este parásito (por niños que comen tierra), manejo descuidado de la yacija del gato, ingestión de quistes de carne cruda o mal cocida, transmisión transplacentaria o rara vez inoculación directa de trofozoítos, como en una transfusión sanguínea.

Cuadro clínico: Inflamación de la retina y otras estructuras oculares, inflamación de los hemisferios cerebrales, de los pulmones y del corazón.

Síndrome de desgaste

Está representado por los síntomas generales de las múltiples afecciones, tanto infecciosas, inflamatorias y tumorales (dentro de ellas se encuentran todas las que ya se describieron antes).

Cuadro clínico: Sus características clínicas son ataque al estado general con postración importante, pérdida de peso, fiebre, dolor de cabeza y músculo-esquelético general, falta de apetito, palidez de piel y mucosas, alteración del ritmo sueño/vigilia.

Realmente esta es una combinación de las múltiples afecciones que caracterizan esta enfermedad.

3.1.4. Psicológicas

Una persona a la que le es detectado el SIDA atraviesa experiencias muy similares a las de otra que aún no lo ha desarrollado, sin embargo, debido al índice elevado de mortalidad de la enfermedad, a la juventud de la población afectada, a su naturaleza contagiosa, a sus efectos debilitantes y desfigurantes, así como a sus síntomas, la tensión del paciente con SIDA es mayor.

Aunque las personas con resultado positivo (seropositivas) no necesariamente tienen o van a desarrollar SIDA, la mayoría experimentan una sensación inicial de miedo y predestinación, que inclusive puede perdurar toda su vida. El saber que se es seropositivo para los anticuerpos anti-VIH es profundamente angustiante, aún para las personas que ya presuponían el resultado. Durante las primeras semanas después de conocer el resultado, la mayoría de los individuos se encuentran desesperanzados y desesperados, pudiendo tener pensamientos suicidas. Constantemente estas personas se enfrentan al error de interpretación de creer que tienen SIDA y que por lo tanto su estado de salud es crítico y están a punto de morir. Al respecto, cabe recordar que VIH y SIDA no significan lo mismo, pues éste implica al primero, pero el primero no siempre implica al segundo, es decir, el diagnóstico de VIH no hace referencia a que el enfermo padezca SIDA que es la etapa más grave del padecimiento del VIH, pero el diagnóstico de SIDA, sin lugar a dudas, hace alusión a que el individuo tiene en su organismo al VIH.

Existen muchas respuestas generales posibles a una enfermedad que compromete la vida, se observan comúnmente sentimientos de aturdimiento e ira, temor a la incapacidad, dolor y muerte, un sentimiento de traición y pérdida del control, preocupación sobre “asuntos no concluidos” y la necesidad de revisar la vida, se experimentan múltiples pérdidas en salud, empleo, ganancias y relaciones. Si la enfermedad se vuelve terminal, el individuo puede mostrar una o más de las siguientes etapas de moribundo descritas por *Kübler-Ross* (1969): negación, ira, negociación, depresión y aceptación

Primera etapa. La mayoría de las personas responde con desconcierto, hay consternación y rechazo, así como una gran rebeldía. Su primer pensamiento es ¡Oh, no, esto no me puede suceder a mí! A veces muestran insensibilidad, parecen totalmente inconscientes de la mala noticia, discuten con el médico sobre su diagnóstico, y a veces pasan por alto las indicaciones del mismo. Cuando las personas cercanas a quien está enfermo también niegan la realidad, éste no habla sobre el tema, lo que da por resultado, que se sienta solo y abandonado.

El rechazo y la rebeldía pueden continuar en forma intermitente o dominar por el resto de su vida, pero lo más característico es que fluctúe aumentando o disminuyendo en intensidad mientras progresa la enfermedad.

Segunda etapa. Se manifiesta por la ira o desesperación del paciente cuando dice: “¿Por qué yo?”. Los estallidos de cólera puede ser dirigidos hacia los médicos, enfermeras, los requisitos del tratamiento, la familia, la vida en general, o Dios. Los pacientes examinan su vida pasada, usualmente sin encontrar alguna falta social o de orden moral de la que pudieran culparse. Hay una sensación de injusticia, frustración e impotencia que generan a su vez una sensación normal de agravio que los puede llevar a períodos de amargura.

Tercera etapa. Denominada también de regateo, la cual se manifiesta cuando el paciente asevera: “Si moriré, pero...”, y sujeta la aceptación a determinadas condiciones, esperando o planeando algo que pueda mitigar su desengaño. Una esperanza típica es que pueda prolongar su vida hasta que ocurra algún evento especial, tal como su cumpleaños, boda, graduación, etc.

Estas negociaciones representan el reconocimiento de que el tiempo es limitado y de que la vida es finita. Cuando las personas eliminan el pero, son capaces de decir: "Si, yo...".

Cuarta etapa. Llamada de depresión. Se observa cuando los pacientes se enfrentan a la triste realidad: "Si, me toca". Pueden pasar largos ratos llorando, tener periodos intermitentes de retraimiento o incomunicación, se vuelven introvertidos, en general están apesadumbrados por el impacto de su condición. En este periodo surgen los problemas de algún acto desesperado o de suicidio.

Quinta etapa. De la aceptación o de la resignación. Se concibe como un estado que se ha alcanzado a través de un laborioso proceso emocional, en el que se lamentan las pérdidas y se aguarda el fin con cierto grado de esperanza y resignación. Se le considera como un periodo de calma y a la vez de gran latitud, en el cual el enfermo ya no experimenta ninguna sensación o casi ninguna.

La inestabilidad emocional del enfermo de SIDA se ve auspiciada por la preocupación de qué hacer, a quién decirselo, quién lo sospechará, cómo pagará los gastos médicos, qué dirán sus familiares y amigos, la inquietud de lo que pasará ante el padecimiento de infecciones o enfermedades oportunistas o afectación del sistema nervioso central y otras intranquilidades.

Las personas que padecen VIH/SIDA tienen que enfrentarse a múltiples circunstancias que provocan que psicológicamente sufran más o igual que físicamente. Ante la posibilidad de un contagio por vía sexual las personas con SIDA tienen que cambiar sus hábitos sexuales, algunas incluso, además de interrumpir inmediatamente su contacto íntimo, eliminan toda muestra física de afecto, por ejemplo los abrazos. En el mejor de los casos, aprenden prácticas sexuales alternativas. Todo ese ajuste en su vida propicia constantes cambios emocionales en ellos. Pero en este sentido, lo más terrible es la carga emocional a la que tienen que hacer frente cuando existe la posibilidad, o bien la certeza, de que se ha infectado a alguien. Es así como la vida de un paciente con este diagnóstico se va modificando.

Es común que las personas con esta infección experimenten sentimientos de culpa, vergüenza y miedo, sobre todo si ésta es producto de relaciones sexuales promiscuas, o bien si se trata de homosexuales y bisexuales que además de sufrir las consecuencias físicas y emocionales de la enfermedad tienen que soportar el estigma al que son sujetos por su preferencia sexual.

El impacto de ver a otros enfermos deteriorarse y saber que han muerto también afecta considerablemente a las personas con SIDA. Este impacto se basa en el temor de que su enfermedad se desarrolle de igual forma.

La capacidad para llevar a cabo las inquietudes y metas de una vida adulta joven, como escoger una profesión, terminar una carrera, establecer una relación de pareja duradera y estable, y refinar un patrón de vida adulta, se ve mermada ante el padecimiento de una enfermedad terminal. A esto hay que añadir que la mayoría de las personas infectadas están en edad fértil, por lo que las mujeres infectadas, así como sus parejas, o viceversa, al comprender que tienen la posibilidad de transmitir la infección a un hijo durante el embarazo o en el momento del parto, experimentan gran angustia por tal limitación. Esa frustración entre lo que pudo ser y no será da pauta a que los sentimientos de tristeza y depresión que experimenta el enfermo sean mayores. Algunos adultos jóvenes suelen hacer un esfuerzo supremo para continuar el desarrollo normal de sus actividades hasta que su condición física se deteriora tanto que les impide hacerlo.

Muchas de las necesidades de autoestima son satisfechas por medio del trabajo y todo lo que él implica: el sentimiento de productividad, creatividad, utilidad y las relaciones sociales que surgen a través de éste, entre muchas otras cosas más. Desgraciadamente, el trabajo en general es imposible al progresar el SIDA, ya que el estado de salud del enfermo es tan crítico que es imposible que desempeñe algún empleo.

Con la pérdida del trabajo los problemas de una persona con SIDA aumentan, pues, además de las circunstancias anteriores, la pérdida de trabajo también implica, en muchos casos,

la pérdida de un salario y otros beneficios (prestaciones). Situación desafortunada en una enfermedad tan costosa como ésta. Comúnmente, las personas con esta infección hacen todo lo posible por no dejar de asistir a su trabajo, por lo que tratan de ocultar los signos de su enfermedad. Esta situación, al mismo tiempo que puede ayudarles a sentir mejor, también puede provocarles estrés al preocuparse o idear la forma para que su enfermedad no sea notoria. La situación económica deficiente hace que muchos individuos tengan que gastar sus ahorros y vender sus propiedades.

Los efectos debilitantes y, a menudo, desfigurantes del SIDA son otra causa de tensión para estas personas. Un enfermo puede estar totalmente consumido, fatigado y letárgico, sufrir infecciones oportunistas, mostrar síntomas de enfermedad del SNC o desarrollar linfomas u otros tumores, como el sarkoma de Kaposi, cuyas máculas rojopúrpureas pueden causar un tipo diferente de tensiones.

Los enfermos de SIDA suelen temer a las alteraciones del SNC más que a ninguna otra manifestación del SIDA, y la pérdida de memoria y los cambios de humor que acompañan a la enfermedad provocan una profunda tristeza y una intensa angustia. Como consecuencia, pueden intentar esconder sus síntomas a los médicos y evitar situaciones que podrían poner en evidencia su condición. En fin, la aparición de cada padecimiento nuevo en un enfermo con SIDA le provocan, independientemente de la alteración física, un desajuste emocional. Por ejemplo, el caso del sarcoma de Kaposi, que provoca que a medida que aumenta la lesión también aumenten el sentimiento de estigma y el rechazo ajeno. Por lo que los pacientes pueden intentar cubrir sus manchas con maquillaje, deplorando al mismo tiempo la pérdida de su deseabilidad física y social.

La mayoría de las personas con SIDA sufren lapsos de ansiedad y depresión durante el curso de su enfermedad, estos sentimientos son normales y se esperan. Sin embargo una de estas respuestas comunes al estrés del SIDA puede volverse incapacitante y en realidad contribuir al decaimiento.

El carácter de la persona es el que la caracteriza a través de la vida. De tal manera que al enfermar la persona responde con su única y personal manera de reaccionar ante las crisis. Esta respuesta es un proceso que, en el mejor de los casos, conduce a la adaptación y aceptación de su padecimiento.

El estado emocional de la persona con SIDA se encuentra comprometido por el diagnóstico, la gravedad de la sintomatología, su personalidad, la calidad de los servicios de salud que recibe y el apoyo familiar.

Por último, incluimos en este apartado, la carta de un paciente seropositivo que hace alusión a las diversas emociones que generalmente experimentan las personas infectadas con el VIH:

“CARTA DE UN PACIENTE

A quien pueda ser de utilidad:

Hay muchas cosas que podría escribir sobre lo que me está pasando, pero son tantas que prefiero recopilarlas en los siguientes sentimientos:

MIEDO... a lo que vendrá, al rechazó, a la humillación, a no poder hacer frente a los gastos, a no poder comprar los medicamentos, a no tener qué comer, a no poder moverme, a no poder valerme por mí mismo, al dolor, al sufrimiento, a la muerte, a lo que vendrá después de la muerte.

FRUSTRACIÓN... por no poder realizar mis metas, mis sueños, mis anhelos, mis objetivos. A no poder alcanzar mi realización personal, profesional, etc. Por no poder encontrar la pareja ideal o disfrutar la que tengo. Por no poder alcanzar la madurez, por no poder recompensar a mis padres y demás seres queridos por lo que me dieron e hicieron por mí. Por no poder ser lo que siempre quise ser.

CORAJE... de que me pasara a mí, de que me hayan contagiado, de que la gente no entienda que esto no es un castigo, ni es por ser homosexual. De que me traten como una persona desahuciada, como un leproso o un apestado. De que me echen en cara que fue por mi culpa.

CULPA... porque aún cuando pude evitarlo no lo hice o no quise hacerlo. Porque pude contagiar a alguien más.

TRISTEZA... porque no salieron las cosas como yo las esperaba, porque voy a sufrir y a hacer sufrir a los demás. Porque voy a morir antes de lo esperado y en una forma que no me agrada. Porque mi apariencia se va a deteriorar y voy a terminar dándome lástima a mí mismo y a los demás. Porque voy a dejar de existir.

INCERTIDUMBRE... por lo que podrá venir hoy, mañana, pasado mañana o en el futuro (si es que lo hay). Por no saber cuando voy a empezar a desarrollar la enfermedad, cuándo empezaré a desarrollar síntomas mortales o hasta cuándo voy a poder aguantar. Por todo lo que vendrá, por no saber cuándo voy a morir.

NOSTALGIA... por no poder hacer lo que antes hacía; por tener la necesidad de cambiar mis hábitos de vida.

ENVIDIA... de las personas que no están infectadas, de las personas que hicieron lo mismo que yo (e incluso lo siguen haciendo) y no se infectaron. De los viejos porque llegaron a una edad a la que probablemente ya no llegaré. De los que tienen cuerpos atléticos, de los que no se enferman, de los que viven sin esta preocupación, de los que hacen planes para el futuro.

RESIGNACIÓN... porque no puedo cambiar mi seropositividad, porque no me queda otra, porque el hecho es real y porque tengo que aprender a vivir con ella

ALEGRÍA... porque no voy a llegar a ser un viejo solo, triste, desamparado o abandonado. Porque a lo mejor Dios me da esta oportunidad para arrepentirme a tiempo y poder morir en paz. Porque voy a morir cuando aún soy útil y le hago falta a alguien y no cuando ya estorbe. Porque tal vez mi muerte sirva para salvar a otros; porque tal vez los experimentos que se hagan con mi cuerpo (y con mi mente) sirvan para ayudar a otros. Porque existen personas que me ayudan, me entienden y se preocupan por mí. Porque pasar por lo que estoy pasando, tal vez sea la misión que debo cumplir en esta vida. Y por último...

ESPERANZA... de que se retrase el proceso, de que se descubra una medicina, de que no me rechacen, de que me traten bien, de que me entiendan, de que no me abandonen, de que no tenga que morir.

José de Jesús
Septiembre de 1990.⁸⁰

3.1.5. Morales

Frecuentemente, algunos pacientes con VIH/SIDA experimentan sentimientos de culpa como producto del conflicto interno que suelen sufrir al hacer un balance de sus conductas pasadas, básicamente si hubo promiscuidad sexual y/o drogadicción. Muchas veces, el balance entre lo "bueno" y lo "malo" de su vida, da como resultado que sean víctimas del aislamiento social que se autoinfligen por considerar que sus malas conductas propiciaron la enfermedad.

3.1.6. Religiosas

Toda la inestabilidad emocional provocada por el padecimiento del VIH/SIDA trae consigo una pérdida de paz espiritual. Los educados en alguna fe religiosa en particular, buscan continuamente el reconfortamiento en sus ritos. Otros, por el contrario, tienden a alejarse debido a la pérdida de fe religiosa que experimentan ante el padecimiento de esta enfermedad (el ¿por qué Dios permite tal circunstancia?) Algunos, como los homosexuales y bisexuales,

⁸⁰ DEL RÍO CHIRIBOGA, Carlos y otros. *Guía para la Atención Domiciliaria de Personas que viven con VIH/SIDA*. Editorial Xalco, S.A. de C.V. México. 1995. Pág. 4.

preferieren alejarse por el temor de encontrarse frente a una actitud negativa que considere su estilo de vida como inmoral.

Cabe señalar que al inicio de la epidemia, cuando se atribuía esta enfermedad única y exclusivamente a los homosexuales, algunos grupos religiosos respondieron a la crisis del SIDA con el mensaje de que las personas con esta infección sólo “estaban obteniendo lo que merecían” e incluso se especuló que ésta había sido provocada por la iglesia católica para hacer volver a la gente a la práctica de la castidad.

Hay personas que no tienen el antecedente de una religión organizada o un deseo en particular de apegarse a una creencia previa. No obstante, el presentimiento de que su muerte se aproxima los lleva a reflexionar sobre el significado de la vida, la naturaleza de Dios o un “ser divino” no visto, así como al cuestionamiento de la existencia de éste y el de la vida después de la muerte.

3.2. TRATO QUE SE DA A LOS ENFERMOS DE VIH/SIDA EN LAS INSTITUCIONES DE SALUD PÚBLICAS Y PRIVADAS

La aparición de los primeros casos de VIH/SIDA, trajo consigo desconcierto y confusión con relación al origen, diagnóstico, tratamiento, prevención y pronóstico de estos pacientes. Toda esta ignorancia con respecto al tema provocaba que la población en general e incluso los servidores en el área de salud, rechazaran hasta el mínimo contacto con los enfermos. Más adelante, la necesidad hizo a médicos, enfermeras, familiares, amigos y demás personas, informarse acerca del problema. Con esto la atención de los pacientes fue mejorando paulatinamente, aunque ciertamente en la actualidad no es tan buena como debiera ser.

Ahora bien, antes de abordar la calidad de atención que actualmente se proporciona a pacientes con VIH/SIDA, tanto en instituciones de salud públicas como privadas, es necesario mencionar algunas características biológicas, psicológicas y sociales de los pacientes por un lado, y la deficiente preparación y malos hábitos de los médicos por otro. Recordemos que la

gran mayoría de enfermos son personas que tienen “problemas de conducta” o de sus preferencias sexuales (homosexuales, bisexuales y heterosexuales con múltiples parejas), con algún tipo de adicción (cocainómanos, heroínómanos), o enfermedad crónica (leucémicos, hemofílicos). Desde este punto de vista el paciente con VIH/SIDA, aún antes de iniciar con su tratamiento médico ya tiene que enfrentar múltiples complicaciones en su vida familiar, laboral, económica y social pues sufren rechazo, maltrato psicológico, discriminación laboral y etiquetación por parte de los servidores en el área de salud.

Además de lo anterior, recordemos también que cuando los pacientes ya tienen su diagnóstico, han sido hasta ese momento tratados por numerosos médicos, sin que estos hayan realizado un buen diagnóstico y mucho menos un tratamiento adecuado. Esto predispone a cada uno de los pacientes a rechazar los servicios de salud, desde niveles básicos hasta los especializados.

Analícemos ahora, las características de los principales servidores en el área de la salud: los médicos. En un país subdesarrollado como el nuestro, son múltiples las deficiencias en la preparación de la mayoría de los profesionistas y los médicos no son la excepción, esto lleva a la deshumanización general de muchos de ellos. Bastan dos ejemplos para resaltar esta situación: En primer lugar, el hecho de que la mayoría de los médicos estudian y tratan enfermedades y no enfermos, y en segundo, la enseñanza inculcada a los médicos en los centros educativos, basada en la idea de que el papel social en la medicina es primordialmente mantener la fuerza productiva del trabajador. Además de esto, no olvidemos que el gremio médico a nivel institucional, no es bien retribuido económicamente por su labor, en comparación con la cantidad de tareas que realizan en sus jornadas respectivas.

Todo lo anterior enmarca una serie de obstáculos para la atención de pacientes con SIDA. Ahora bien, esta atención es muy deficiente si comparamos las instituciones gubernamentales con aquellas de la iniciativa privada. En estas últimas la atención y el cuidado a los pacientes es mucho más detallada y especializada, probablemente porque los médicos de

estos centros saben que el paciente solicitará continuamente sus servicios, lo que redituara un ingreso económico mucho mayor.

Podemos concluir que desafortunadamente la atención institucional para el enfermo de SIDA no es adecuada, por todos los motivos ya analizados. Pero que si este tipo de enfermos tiene el "potencial" de redituara económicamente a una institución privada la atención será aquella que debiera ofrecer cualquier otra dedicada a la atención de estos pacientes.

3.3. RESPONSABILIDAD MÉDICA: PROFESIONAL Y LEGAL

En la profesión médica, así como en todas las profesiones, la persona que cometa una falta, infracción o hecho ilícito con motivo del ejercicio de su profesión, está obligado a responder ya sea penal, civil o administrativamente y en forma independiente de la responsabilidad moral que pueda tener ante su propia persona.

En materia penal, los profesionistas, artistas o técnicos y sus auxiliares serán responsables de los delitos que cometan con motivo o en ejercicio de su profesión aplicándoseles, además de las sanciones fijadas para los delitos que resulten consumados, según sean dolosos o culposos, la suspensión temporal de un mes a dos años en el ejercicio de su profesión o bien, la definitiva en caso de reincidencia. Aunado a esto la reparación del daño a la que estarán obligados por sus actos propios y por los de sus auxiliares cuando estos obren de acuerdo con las instrucciones de aquéllos.

Dichas sanciones serán independientes y sin perjuicio de las prevenciones contenidas en la Ley General de Salud u otras normas sobre ejercicio profesional.

Luego entonces, los prestadores del servicio de salud, incluyendo a médicos y enfermeras así como a otros auxiliares serán penalmente responsables de las conductas delictivas que puedan observar. El fundamento legal de esta responsabilidad lo encontramos en

el Código Penal para el Distrito Federal, artículo 228 contenido en el Título Décimo Segundo denominado Responsabilidad Profesional.

Civilmente, el médico está obligado a la reparación del daño, cuando esto sea posible, o bien a pagar los daños y perjuicios ocasionados por la acción u omisión durante o con motivo de su ejercicio profesional. Esto con base en el Código Civil par el Distrito Federal, artículo 2104 relativo al Cumplimiento de Obligaciones, Capítulo II De la Prestación de Servicios Profesionales, Título Décimo Del Contrato de Prestación de Servicios.

En cuanto a la responsabilidad administrativa, la Ley General de Salud en el Capítulo II denominado Sanciones Administrativas, contempla algunas sanciones en casos de infracciones con este carácter cometidas por quienes ejerzan las actividades profesionales, técnicas y auxiliares y las especialidades de los servicios de salud

Por lo que se refiere a la responsabilidad moral, ésta está íntimamente ligada con la ética médica. Mucho se habla de que el médico, al ejercer su profesión debe actuar con ética ¿Pero qué significa esta expresión?. La ética se puede definir “como una reflexión sobre los valores morales, los cuales el hombre en uso de su libertad de decidir y actuar puede o no incorporar a su comportamiento, así como los actos humanos en sí y el valor de éstos”.⁸¹

Ahora bien, la ética del médico se refiere a la forma en que éste, con base a la evaluación de los valores que guían sus propósitos y actos como persona (moral), actúa en el ejercicio de su profesión. En pocas palabras, la ética médica se refiere al conjunto de reglas o principios que rigen la conducta profesional del médico, por ejemplo la honradez científica tanto en el diagnóstico como en el tratamiento adecuado.

Como podemos darnos cuenta, el médico, así como los demás prestadores del servicio de salud, llevan o tienen que llevar a cabo sus funciones dentro de un marco de legalidad El

⁸¹ CARRILLO FABELA, Luz María Reyna. *La Responsabilidad Profesional del Médico*. Primera edición. Editorial Porrúa S.A. de C V. México. 1998. Pág 26.

marco legal que a nosotros principalmente nos interesa es el de la rama penal, pues como podremos ver más adelante, el médico tiene un papel primordial en la propuesta que se hace en este trabajo de tesis.

3.4. LA MUERTE COMO CONSECUENCIA DE LA APLICACIÓN DE LA EUTANASIA

Hablar sobre un tema tan controvertido como lo es el de la muerte no es fácil, pues la concepción que se tiene sobre ella varía de unos individuos a otros dependiendo de los patrones ideológicos bajo los cuales se desarrollan.

Respecto a este suceso tan importante, se ha dicho y escrito mucho. Desde la más remota antigüedad, la muerte ha intrigado y atemorizado al hombre, quien ante tal circunstancia ha tratado de encontrar respuesta a sus inquietudes. Todas las culturas conocidas del mundo han tenido y tienen diferentes formas de concebir este acontecimiento, coincidiendo los criterios en algunas de ellas.

La mayor polémica con relación a este tema se ha suscitado en el ámbito religioso, en el que generalmente se le ha considerado como el tránsito a una mejor vida (ir al cielo) y en el que se han generado algunos ritos en torno a las personas que mueren.

Por otra parte, si bien es cierto que el hablar del tema de la muerte es complicado, lo es más aún al relacionarla con la eutanasia (la muerte como producto de la eutanasia) que es otro tema muy polémico por la aprobación de unos, el rechazo de otros, y todos los razonamiento o ideologías que preceden a estos criterios.

Respecto a la muerte existen diversas acepciones:

Desde el punto de vista fisiológico:

Se le concibe como el último fenómeno biológico natural de un organismo, cuya involución senil puede decirse que comienza con el nacimiento.

Desde el punto de vista médico-legal:

La muerte es la abolición total, irreversible y permanente de las funciones vitales que caracterizan la vida (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, pulso, temperatura, tensión arterial).

Se tiene esta concepción porque una suspensión temporal, reversible o transitoria será un estado de *muerte aparente*, compatible con la supervivencia del organismo, tal como acontece en los casos de síncope respiratorio, en el cual algunas funciones, entre ellas la respiratoria se suspenden transitoriamente, o en la catalepsia que es una enfermedad histérica en la que puede presentarse un estado total de inmovilidad corporal y de insensibilidad absoluta que puede ser confundido con un estado de muerte. Mientras que la abolición total, irreversible y permanente constituye un verdadero estado de *muerte real*.

Cabe señalar que la abolición funcional, al momento de presentarse la muerte real, no es completa, pues la muerte del organismo en general, no coincide con la muerte de todas las células que lo componen, por lo tanto tampoco con todas y cada una de sus funciones. Por ejemplo, las funciones glicogénica y uropoyética del hígado, persisten aún durante varias horas después de la muerte.

Las funciones que desaparecen primero en la muerte son aquéllas que se refieren a la vida de relación del organismo en cuestión. En general todas las funciones de la esfera nerviosa son las primeras en abolirse, siguiéndoles las funciones referentes al aparato respiratorio.

Los signos inmediatos de muerte real, también llamados signos cadavéricos de valor relativo porque no son determinantes para considerar que una persona está muerta, son:

1. La abolición funcional del sistema nervioso (No hay funciones cognoscitivas, instintivas-sensitivas, afectividad, motilidad, etc.).

2. Paro funcional respiratorio.

3. Paro funcional circulatorio

Siendo los signos cadavéricos de valor absoluto, que son manifestaciones físicas, químicas y microbianas que confirman definitivamente la muerte, los siguientes:

1. Enfriamiento general del cuerpo. Es un fenómeno espontáneo de orden físico que consiste en la pérdida de temperatura del cadáver.

2. Rigidez cadavérica. Es uno de los fenómenos más característicos durante el cual los músculos se ponen rígidos y tensos.

3. Livideces cadavéricas. Son signos que van a indicar con toda seguridad si se trata de un caso de muerte real. Es un fenómeno físico durante el cual al acumularse la sangre en las partes declives del cadáver, debido a la gravedad, se van a formar unas manchas de color violáceo.

4. Putrefacción. Conjunto de cambios químicos y físicos que sufre la materia orgánica, en este caso el cadáver, bajo ciertas condiciones de temperatura, humedad y aire, influyendo también la acción microbiana.

Para la certificación de la pérdida de la vida, la Ley General de Salud en su artículo 317, señala que deberá comprobarse previamente la existencia de los siguiente signos de muerte:

- I. La ausencia completa y permanente de conciencia;
- II. La ausencia permanente de respiración espontánea;

- III. La falta de percepción y respuesta de estímulos externos;
- IV. La ausencia de los reflejos de los pares craneales y de los reflejos medulares;
- V. La atonía de todos los músculos;
- VI. El término de la regulación fisiológica de la temperatura corporal;
- VII. El paro cardíaco irreversible, y
- VIII. Las demás que establezca el reglamento correspondiente.

3.5. PROPUESTA PARA LA INCLUSIÓN DE LA EUTANASIA EN CASOS DE SIDA DENTRO DEL DERECHO MEXICANO

La eutanasia es un tema complejo del que resulta difícil hablar debido a las diversas concepciones que sobre ella se tienen, pero sobre todo porque lleva implícita a la muerte que, en términos generales, concebimos como el proceso biológico en que concluye el ciclo vital de cada individuo. De aquí la trascendencia que tiene su posible aplicación.

La muerte, suele ser un acontecimiento no deseado que regularmente preferimos ver como lejano. Sin embargo, a partir de que nacemos y durante todo el transcurso de nuestra vida, lo más seguro que tenemos los seres humanos es la muerte, aunque no sabemos cuándo, dónde, ni en qué circunstancias tendrá lugar. Situación que varía en el caso de los enfermos terminales, y en este caso específico, en los enfermos de SIDA en esta etapa, quienes a partir de que las funciones de su organismo sufren múltiples complicaciones, pueden tener conocimiento del tiempo aproximado que tienen de vida, así como de su calidad.

Un enfermo con SIDA puede sufrir gran variedad de signos y síntomas, así como distintas alteraciones en diferentes sistemas o aparatos de su organismo dependiendo de la infección oportunista o neoplasia que se le presente. Esta circunstancia provoca que en muchos de ellos se manifiesten, al mismo tiempo, diversas complicaciones dermatológicas, gastrointestinales, pulmonares, neurológicas, oftálmicas y musculoesqueléticas que los llevan a vivir en condiciones infrahumanas

Las condiciones degradantes en las que puede vivir, o mejor dicho sobrevivir, un enfermo con SIDA, como resultado de múltiples padecimientos en una fase en que su respuesta inmune es muy deficiente o incluso nula, fueron el motivo principal que nos dio la pauta para proponer el tema que lleva por título esta tesis profesional: *Eutanasia: legislar su aplicación en casos de SIDA*.

Para efectos de que la eutanasia se lleve a cabo, proponemos lo siguiente:

1. Que se conciba a la eutanasia como la muerte sin dolor que una persona, motivada por sentimientos de piedad, da a otra quien así lo solicita por encontrarse en la fase terminal de una enfermedad incurable con el fin de evitar que sus condiciones de vida deplorables se prolonguen.

Cabe señalar que por “condiciones de vida deplorables” entendemos el estado biológico de un individuo que comprende deterioro físico extremo que lo conduce a vivir en una situación de postración, sin que pueda satisfacer por sí mismo ni sus más básicas necesidades, y en el que desde luego hay sufrimiento físico y psicológico, sin que exista ninguna esperanza de mejoría.

2. Que atendiendo al concepto anterior, no se sancione la muerte que se efectúe con fines eutanásicos a una persona que padece Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en fase terminal.

3. Que para que la eutanasia pueda ser aplicada exista la petición previa y voluntaria de la persona que desea morir. Dicha petición deberá cubrir los siguientes requisitos:

- Ser realizada por escrito, única y exclusivamente por la persona infectada por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), quien podrá hacerla en cualquier etapa de la infección.

- Contener, en forma clara y precisa, el deseo de eutanasia.
- Estar firmada por la persona quien la lleva a cabo, así como por dos testigos.
- Hacerla llegar a una de las Comisiones médicas creadas para los fines de eutanasia

Para dar cumplimiento a este requisito, así como a los puntos 4 y 7, proponemos la creación de Comisiones Médicas integradas por médicos especialistas en oncología, infectología, neurología, psiquiatría, pediatría, medicina interna e intensiva, que estén ubicadas en las instituciones médicas especializadas en atender a pacientes infectados por VIH/SIDA. Estas Comisiones Médicas desempeñarán, única y exclusivamente, las funciones a las que hacen referencia los puntos señalados y dependerán de la Secretaría de Salud Pública.

4. Que a solicitud de la Comisión Médica, y una vez que ha recibido la petición antes señalada, el médico que generalmente atiende al enfermo, así como un psiquiatra de la Comisión, se aseguren en privado de dicha voluntad. Tanto el médico como el psiquiatra deben dar a conocer a ésta, por escrito, el resultado de su entrevista, el cual deberá ser guardado en un archivo para ser utilizado en los casos en que se requiera (punto 7).

5. Que en los casos de menores de edad e incapaces, la solicitud de eutanasia la puedan efectuar los padres, tutores, o bien, las personas bajo cuyo cuidado estén. Siendo las personas que por aquéllos hagan la solicitud con las que se lleve a cabo la entrevista a la que se refiere el punto 4.

6. Que el tiempo en el que la eutanasia se lleve a cabo sea aquel en el que el enfermo, ya en un estado de salud deteriorado por los estragos de las complicaciones que puede provocar el SIDA en fase terminal, pueda solicitarlo verbalmente, ratificando con ello la petición inicial. Tanto en el caso de menores de edad como incapaces, incluyendo a

aquellos enfermos que para ese entonces ya no tengan la capacidad física o mental, o ambas, para solicitarla por tener algún padecimiento que se los impida, lo puedan hacer sus familiares más cercanos, o bien las personas bajo cuyo cuidado estén.

7. Que se aplique, siempre y cuando, previa a ella y en el tiempo que se haga la solicitud a la que hacemos referencia en el punto anterior, se obtenga el criterio de la Comisión Médica en el sentido de que el enfermo ha llegado a una etapa en la que ya no existe auxilio médico para mejorar su calidad de vida. Este criterio tendrá que ser solicitado por las personas que tengan bajo su cuidado al enfermo. La Comisión Médica tendrá la obligación de emitir su criterio únicamente cuando se le haya hecho llegar a ésta la petición a la que se refiere el punto 3 y que por tal circunstancia tenga en su archivo el resultado de la entrevista a la que hacen alusión los puntos 4 y 5. Este criterio deberá ser emitido dentro de los tres días siguientes a su solicitud.

Es muy importante destacar que no se pretende que esta Comisión Médica tenga una función equiparable a la de un juez, siendo ella la que determine si se aplica o no la eutanasia. Lo único que se desea con su creación es, que, con la colaboración de todos los especialistas que la integran, emita su criterio con relación a que la calidad de vida del enfermo es tan deplorable que ya es inútil todo auxilio médico para mejorarla.

8. Que para que la eutanasia se lleve a cabo se aplique, vía intravenosa, una sustancia letal que no provoque dolor alguno

9. Que la lleve a cabo un médico, que puede ser el que asiste al enfermo, o bien, cualquier otro, siempre y cuando lo haga tomando en cuenta, de manera rigurosa sus sentimientos de piedad y el criterio de la Comisión Médica ya referido.

10. Que el médico cuya ideología no sea compatible con la eutanasia no esté obligado a llevarla a cabo.

Cuando durante nuestra vida gozamos de buena salud y tenemos muchos proyectos para llevarlos a cabo a lo largo de ella, resulta inconcebible la idea de solicitar que alguien nos la quite. Es una situación que de ninguna manera deseamos, ni aceptamos, aún cuando pueda ser a través de un medio indoloro. Por tal motivo es que resulta indignante un homicidio, pues se priva de la vida a alguien sin su consentimiento y de una manera regularmente violenta coartando así todos sus proyectos. Pero, qué pasa si hablamos de una persona cuyo estado de salud está tan deteriorado que le impide llevar a cabo sus planes de vida, de alguien cuyo organismo puede tener tantas complicaciones que lo lleven, en algún tiempo, a debatirse entre la vida y la muerte deseando más que vivir morir para que finalice su sufrimiento. Esta situación no es ajena a los enfermos de SIDA, incluso podemos decir que es común.

Ante este suceso, por qué no considerar la propuesta de dar al enfermo de SIDA en etapa terminal y en las condiciones descritas, derecho a “bien morir”, no sancionando para tales efectos, que atendiendo a su solicitud se le dé fin a su vida a través de un medio indoloro.

La vida humana es un bien jurídicamente tutelado por el Estado, por lo que los delitos consistentes en privar de la vida a alguien (homicidio, infanticidio, aborto, etc.) son sancionados por nuestras leyes penales. Respecto a la vida, nuestra Constitución Política señala en su artículo 14 que: “... Nadie podrá ser privado de la vida, de la libertad o de sus propiedades, posesiones o derechos, sino mediante juicio seguido ante los tribunales previamente establecidos, en los que se cumplan las formalidades esenciales del procedimiento y conforme a las leyes expedidas con anterioridad al hecho...”. Como podemos darnos cuenta, este precepto legal da pauta a la posibilidad de privar de la vida a alguien siempre y cuando se cumplan los requisitos que el mismo establece.

Ahora bien, generalmente cuando se hace alusión a este artículo, con relación a la cuestión de la privación de la vida, se piensa en ésta como castigo: pena de muerte. Pero, por qué no pensar en ella como un privilegio, es decir, por qué no pensar en reconocer a una persona derecho a que sea privada de la vida en condiciones y bajo motivos estrictamente determinados. En otras palabras, lo que pretendemos con nuestra propuesta es que se le dé al

enfermo con SIDA en etapa terminal, derecho a ser privado de su vida cuando debido a que la calidad de ésta sea muy deplorable, así lo solicite. No sancionando para ello, que previa solicitud de éste, un médico, atendiendo a sus sentimientos de piedad y utilizando una sustancia indolora, le provoque la muerte evitándole de esta forma mayores sufrimientos.

El que nadie pueda ser privado de la vida si no es mediante un juicio seguido ante los tribunales previamente establecidos, en el que se lleven a cabo las formalidades esenciales del procedimiento y con base a las leyes expedidas con anterioridad al hecho, es una garantía constitucional que pensamos se refiere básicamente a la pena de muerte. Pero aún cuando también existe la posibilidad de aplicarlo a los casos de eutanasia, nuestra propuesta no es en ese sentido, es decir, no proponemos que se legisle un procedimiento mediante el cual un juez tenga que determinar si reconoce o no derecho a la eutanasia a quien la solicita. La vida de una persona con VIH/SIDA es mucho más compleja de lo que suele ser para el grueso de la población debido a las múltiples repercusiones que trae consigo ser portador de este virus, es por ello que no consideramos factible proponer un procedimiento que pudiera hacerle más difícil su existencia.

Luego entonces, para que nuestra propuesta de aplicación de la eutanasia en casos de SIDA tenga lugar dentro de nuestro Derecho Mexicano, proponemos:

1. Que se legisle en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos el derecho a la eutanasia

Nuestra Constitución Política es el Máximo Ordenamiento legal al que se subordinan todas las demás leyes que nos rigen, por lo tanto consideramos necesario que sea primero en ella en la que se haga alusión al tema del "bien morir". Para lo cual proponemos que dentro del mismo artículo 14 se legisle con relación a que sólo en los casos de eutanasia, las personas podrán ser privadas de la vida sin cumplir las formalidades a que este precepto legal hace referencia, teniendo únicamente que

supeditarse para estos efectos, a lo contemplado en materia penal con relación a ella

2. Que se legisle en el Código Penal para el Distrito Federal, así como en los Códigos Penales de los Estados de la República Mexicana que quieran adoptar tal criterio, un capítulo exclusivo de eutanasia que se base en los aspectos propuestos en este apartado con relación a la aplicación de ésta.

Por último, creemos necesario hacer énfasis en que el objetivo principal de nuestra propuesta se basa en la pretensión de que se legisle en materia penal en el sentido de no sancionar la aplicación de la eutanasia en casos de SIDA, siempre y cuando se agoten los requisitos que para su aplicación proponemos.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

PRIMERA. Actualmente, el índice de personas infectadas por el VIH que padecen SIDA ha aumentado en cantidades alarmantes hasta el punto de constituirse tal infección en una verdadera pandemia. Sin que hasta por el momento los científicos, pese a sus innumerables investigaciones, hayan podido encontrar vacuna o cura alguna que pueda prevenir o contrarrestar los efectos del virus.

SEGUNDA. El SIDA representa la manifestación más grave de la enfermedad provocada por el VIH, que se caracteriza por una amplia variedad de alteraciones específicas y no específicas de la función inmune del cuerpo que provocan la aparición de infecciones oportunistas y/o bacterianas, así como recurrentes neoplasias malignas y otras alteraciones fuertemente mortales.

TERCERA. Los enfermos de SIDA pueden sufrir gran variedad de signos y síntomas, así como distintas complicaciones en diferentes sistemas o aparatos que dependen de la infección oportunista o neoplasia que se les presente. Debido a ello, muchos manifiestan a la vez diversas complicaciones dermatológicas, gastrointestinales, pulmonares, neurológicas, oftálmicas y musculoesqueléticas que los conducen a un estado de vida deplorable

CUARTA. Las condiciones infrahumanas en las que generalmente vive un enfermo con SIDA en fase terminal, como consecuencia de múltiples afecciones en una etapa en la que su respuesta inmune es extremadamente deficiente, o incluso nula, fueron las que nos dieron la pauta para proponer que para estos casos se legisle la aplicación de la eutanasia.

QUINTA. La eutanasia, que literalmente significa “buena muerte” o “bien morir”, es, según nuestra concepción, la muerte sin dolor que una persona, motivada por sentimientos de piedad, da a otra que así lo solicita por encontrarse en la fase terminal de una enfermedad incurable con el fin de evitar que sus condiciones de vida deplorables se prolonguen.

SEXTA. Tomando en consideración el concepto de eutanasia al que hacemos referencia en la conclusión anterior, proponemos que no se sancione la conducta de un médico consistente en privar de la vida a un enfermo de SIDA en fase terminal, siempre y cuando lo haga atendiendo a los criterios que para tales efectos proponemos en el punto 3.5. del tercer capítulo de este trabajo de tesis.

SÉPTIMA. La forma de eutanasia que proponemos es la denominada eutanasia activa que, con base en la doctrina, consiste en la intervención en el proceso del morir que implica la sustitución de una causa natural de muerte, por otra artificial. En otras palabras, lo que pretendemos es que a través de la ejecución de una acción basada en suministrar una sustancia letal indolora se ponga fin, lo más rápidamente posible, a la vida de una persona con SIDA cuya calidad es infrahumana, evitando así que sufra más de lo que seguramente ya lo ha hecho por ser portador del virus que lo provoca.

OCTAVA. Para efectos de que se legisle la eutanasia en casos de SIDA proponemos:

En primer lugar, que se legisle en el artículo 14 constitucional que hace alusión a que "... Nadie podrá ser privado de la vida, de la libertad o de sus propiedades, posesiones o derechos, sino mediante juicio seguido ante los tribunales previamente establecidos, en los que se cumplan las formalidades esenciales del procedimiento y conforme a las leyes expedidas con anterioridad al hecho...", con relación a que sólo en los casos de eutanasia, las personas podrán ser privadas de la vida sin necesidad de cubrir los requisitos o formalidades que este mismo precepto legal señala, teniendo únicamente que subordinarse la observancia de esta conducta a lo contemplado en materia penal con relación a la eutanasia.

En segundo lugar, que conforme a lo establecido en nuestro Máximo Ordenamiento legal con relación a la "buena muerte", se legisle en el Código Penal para el Distrito Federal en materia del Fuero Común y para toda la República en materia de Fuero Federal, así como en los Códigos Penales de la República Mexicana que quieran adoptar tal criterio, un capítulo

exclusivo a la eutanasia, basado en la propuesta a la que hacemos referencia en el tercer capítulo.

NOVENA. Lo que pretendemos con la propuesta de legislar la aplicación de la eutanasia en casos de SIDA es:

1. Que se reconozca a los individuos con este padecimiento en fase terminal “derecho a bien morir”.
2. Que en virtud de este derecho, se les otorgue libertad absoluta para disponer de su vida cuando la calidad de ella sea deplorable por las múltiples complicaciones que puede sufrir su organismo con motivo de que su función inmune sea muy deficiente o nula.
3. Que en ejercicio de esa libertad absoluta para disponer de su vida se le permita solicitar una muerte sin dolor. No sancionando para tales efectos la muerte que un médico, atendiendo a sus sentimientos de piedad, a la petición del enfermo y a los preceptos legales establecidos, le pueda propiciar.

DÉCIMA. Para finalizar con este trabajo de tesis, queremos destacar que nuestra propuesta para legislar la aplicación de la eutanasia en casos de SIDA dentro de nuestro Derecho Mexicano, se basa en el planteamiento de diversos criterios que consideramos necesarios tomar en consideración para proponer que se aplique la “buena muerte” en las personas que padecen esta afección.

BIBLIOGRAFÍA

BARBERO GUTIÉRREZ, Javier. *SIDA y Eutanasia*. Editorial Cárdenas. Barcelona, España. 1998.

CASTELLANOS TENA, Fernando. *Lineamientos Elementales de Derecho Penal*. Trigésima Tercera edición. Editorial Porrúa S.A. de C.V. México D.F. 1992.

CARRILLO FABELA, Luz María Reyna. *La Responsabilidad Profesional del Médico*. Editorial Porrúa S.A. de C.V. México. 1998.

DANIELS, Víctor G. *SIDA*. Tr. Jorge Orizaga Sampeiro. Segunda edición. Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V. México. 1988.

DE VITA, Vicent T. y Otros. *SIDA*. Tr. Isabel Álvarez Baleriola. Segunda edición. Salvat Editores S.A. de C.V. Barcelona, España. 1990.

DEL RÍO CHIRIBOGA, Carlos y Otros. *Guía para la Atención Domiciliaria de Personas que Viven con VIH/SIDA*. Editorial Xalco S.A. de C.V. México. 1995.

DÍAZ ARANDA, Enrique. *Del Suicidio a la Eutanasia*. Editorial Cárdenas. México. 1997.

DURHAM, Jerry D. y Felissa L. Cohen. *Pacientes con SIDA: Cuidados de Enfermería*. Tr. Dra. Hermelinda Acuña Díaz. Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V. México D.F. 1990.

FARRERAS, Valenti P. y C. Rozman. *Medicina Interna*. Vol. I y II. Décima Primera edición. Ediciones Doyma. Barcelona, España. 1988.

FERNÁNDEZ PÉREZ, Ramón. *Elementos Básicos de Medicina Forense*. Sexta edición. Editorial Méndez Cervantes. México D.F. 1988.

GONZÁLEZ BUSTAMANTE, Juan. *Euthanasia y Cultura*. Editorial Universitaria. México. 1952.

GONZÁLEZ DE LA VEGA, Francisco. *Derecho Penal Mexicano*. Editorial Porrúa. México D.F. 1980.

GONZÁLEZ SALDAÑA, Napoleón. *Infectología Clínica Pediátrica*. Sexta edición. Editorial Trillas. México. 1997.

JIMÉNEZ DE ASÚA, Luis. *Libertad de Amar y Derecho a Vivir* Séptima edición Ediciones Depalma. Buenos Aires, Argentina. 1984.

JIMÉNEZ HUERTA, Mariano. *Derecho Penal Mexicano*. Tomo II. Editorial Porrúa. México D.F. 1984.

KRUPP, Marcus A. y Otros. *Diagnóstico Clínico y Tratamiento* Tr. Dr. Jorge Orizaga Sampeiro. Edit. El Manual Moderno. México D.F. 1991

Leyes Penales Mexicanas (Tomo 4). Editadas por el Instituto Nacional de Ciencias Penales. México. 1980.

MARTÍNEZ MURILLO, Salvador y Luis Saldivar S. *Medicina Legal*. Décima Sexta edición. Méndez Editores S.A. de C.V. México D.F. 1997.

NIÑO, Luis Fernando. *Eutanasia. Morir con Dignidad (Consecuencias juridico-penales)*. Editorial Universidad. Buenos Aire, Argentina. 1994.

PARQUER ANTHONY, Catherine. *Anatomía y Fisiología*. Nueva Editorial Interamericana S.A. de C.V. México D F. 1983.

PAVÓN VASCONCELOS, Francisco. *Delitos contra la Vida y la Integridad Personal*. Editorial Porrúa S.A. de C.V. México. 1993.

PÉREZ VALERA, Víctor M. *Eutanasia ¿Piedad? ¿Delito?*. Segunda edición. Editorial Jus. México. 1989.

PORTE PETIT CADAUDAP, Celestino. *Dogmática sobre los Delitos contra la Vida y la Integridad Personal*. Décima edición. Editorial Porrúa S.A. de C.V. México D.F. 1994.

RICHARDSON, Diane *La Mujer y el SIDA*. Tr. Dr. Orizaga Sampeiro. Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V. México D.F. 1990.

RIVERA SERRANO, Octavio y Otros. *Tratado de Medicina Interna*. Vol. I. Segunda edición. Editorial Porrúa S.A. de C.V. México D.F. 1994.

SEPÚLVEDA AMOR, Jaime. *SIDA, Ciencia y Sociedad*. Fondo de Cultura Económica. México. 1989.

TORRES TORIJA, José. *Medicina Legal*. Séptima Edición. Editor Méndez Oteo. México D.F. 1974.

URIBE ESQUIVEL, Misael. *Medicina Interna*. Vol. II. Editorial Médica Panamericana S.A. de C.V. México D.F. 1988

VAUGHAN, Daniel y Taylor Asbury. *Oftalmología General*. Tr. Dra. Diana Figueroa Lozano. Octava edición. Editorial El Manual Moderno. México D.F. 1987.

LEGISLACIÓN

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Centésima Vigésima Sexta edición. Editorial Porrúa. México D.F. 1998.

Código Penal para el Distrito Federal en Materia del Fuero Común y para toda la República en Materia del Fuero Federal. Quincuagésima Octava edición. Editorial Porrúa. México. 1998.

Código Penal y de Procedimientos Penales para el Estado de Hidalgo. Tercera edición. Editorial Porrúa. México. 1997.

Código Penal para el Estado de México. Editorial SISTA S.A. de C.V. México. 1998.

Ley General de Salud. Décimo Cuarta edición. Editorial Porrúa. México. 1997.

HEMEROGRAFÍA

“Casos de SIDA en el Área Rural en México” Salud Pública. V. 37, n° 6, México, noviembre-diciembre, 1995.

“En Favor de la Buena Eutanasia”. Medicina y Ética. V. 3, n° 3, México, julio-septiembre, 1992.

“Epidemiología del VIH/SIDA en México; de 1983 a marzo de 1995”. Salud Pública. V. 37, n° 6, México, noviembre-diciembre, 1995.

"Eutanasia. La Protección de la Vida Humana". Medicina y Ética. V. 2, n° 1, México, enero-marzo, 1993.

"La Estrategia de Prevención de la Transmisión del VIH/SIDA a través de la sangre y sus Derivados en México". Salud Pública. V. 37, n° 6, México, noviembre-diciembre, 1995.

"La Mortalidad por el SIDA en México de 1983 a 1992. Tendencias y años perdidos de vida potencia". Salud Pública. V. 37, n° 2, México, marzo-abril, 1995.

"La Protección Legal de la Vida humana". Medicina y Ética. V. 4, n° 1, México, enero-marzo, 1993.

"Las Campañas contra el SIDA en México: ¿Los sonidos del silencio o puente sobre aguas turbulentas?". Salud Pública. V. 37, n° 6, México, noviembre-diciembre, 1995

"Separata de la Revista SIDA-ETS". SIDA-ETS. V. 3, n° 2, México, mayo-julio, 1997.

"SIDA y Sociedad Civil". SIDA-ETS. V. 3, n° 2, México, mayo-julio, 1997.