

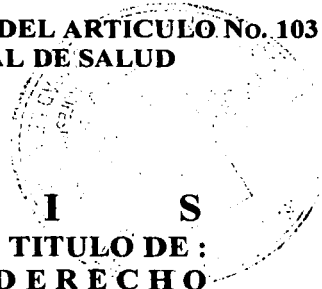
108



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

**ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
"CAMPUS ACATLAN"**

**ANÁLISIS LÓGICO JURÍDICO DEL ARTICULO No. 103
DE LA LEY GENERAL DE SALUD**



**T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN DERECHO
P R E S E N T A:
FRANCISCO GALICIA FLORES**

ASESOR: LIC. RAFAEL CHAINE LÓPEZ



SANTA CRUZ ACATLAN, EDO. DE MÉXICO SEPTIEMBRE 2002



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.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.

NOMBRE: Francisco
Galicia Flores

FECHA: 19 Sept. 102.

FIRMA: [Signature]

A MIS PADRES

EMILIANO DE JESÚS GALICIA Y
ESPERANZA FLORES MORENO

Que han estado conmigo en todo momento dándome un ejemplo a seguir de valentía y coraje, de luchar contra las adversidades, pero sobre todo por ese amor de padres que siempre me han dado.

GRACIAS, LOS AMO.

A MIS HERMANOS

DAVID, EMMA, RUBEN, MARTHA,
FERNANDO.

Que me han brindado su apoyo incondicional en todo lo que he emprendido, y me han guiado en este camino de la vida.

MUCHAS GRACIAS, LOS
QUIERO MUCHO.

A MI SIEMPRE AMADO
HERMANITO BETO

Que siempre ha confiado en mí, y me ha alentado a conseguir todas las metas propuestas, por ser un ejemplo a seguir y sobre todo por ser el hermano más maravilloso del mundo.

TE AMO MI HERMANO.

A MI INIGUALABLE

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS
PROFESIONALES "ACATLAN" por
haberme brindado la oportunidad de
cursar la tan noble Licenciatura en
Derecho y obtener los conocimientos
necesarios para llevar a cabo un digno
ejercicio de esta ardua Ciencia del
Derecho.

MIL GRACIAS.

A MI ASESOR

LIC. RAFAEL CHAINE LOPEZ

Por haberme brindado su valioso tiempo, así como su dirección en la elaboración del presente trabajo, sin la cual no hubiera sido posible la realización esta tesis, y también por haberme transmitido sus conocimientos a través de las diferentes cátedras impartidas en el transcurso de la carrera.

GRACIAS PROFESOR.

A MIS PROFESORES

Que por medio de sus conocimientos, consejos y palabras de aliento, me impulsaron a superarme y a seguir aprendiendo día con día y a ejercer con orgullo tan digna profesión.

POR SIEMPRE, GRACIAS.

A MI PEQUEÑA

Que ha estado junto a mi en todo momento, por el amor que me ha dado, la confianza, los sueños, ilusiones, deseos y los momentos de felicidad que me ha regalado.

TE AMO.

A MIS INSEPARABLES AMIGOS DE TODA Y PARA TODA LA VIDA

Bárbara Angely Villalobos Bautista, Claudia Verónica Vázquez Prado, Efraín Barrios Vázquez, Juan Carlos Novales Blas, Juan David Hernández Reséndiz, Laura Lemus Méndez, Leonardo Esqueda Camarena y Marisol Altamirano Fuentes, que han estado conmigo en momentos importantes en mi vida y que aún siguen aquí.

GRACIAS, LOS QUIERO
MUCHO.

A MIS AMIGOS

Paula Klagge Taylor, Pedro Santamaría, René Carranza, César Cruz y Edgar Velásquez. Gracias por ese compañerismo y esas experiencias.

GRACIAS.

INDICE.

Introducción.....	1
CAPITULO I. CONCEPTOS GENERALES E HISTORIA ACERCA DE LA MUERTE PIADOSA.	
1.1 Definición de paciente terminal.....	5
1.2 Definición de muerte clínica.....	6
1.3 Definición de muerte de acuerdo a la ley general de salud.....	18
1.4 Definición de muerte piadosa.....	20
1.5 Prácticas primitivas de la muerte piadosa.....	22
1.6 Disposiciones legales existentes que abordan la responsabilidad médica al practicar la muerte piadosa.....	27
Notas bibliográficas.....	34
CAPITULO II. ASPECTOS MEDICOS Y PSICOLÓGICOS DEL PACIENTE TERMINAL.	
2.1 Estado psicológico del paciente durante la evolución de su enfermedad.....	37
2.2 La asistencia psicológica al enfermo terminal.....	39
2.3 Concepto de dolor y de agonía.....	42
2.4 La muerte piadosa como solución al dolor y la agonía.....	48
Notas bibliográficas.....	51
CAPITULO III. REPERCUSIONES EN LOS AMBITOS FAMILIAR Y SOCIAL DE LA PERMISION A LOS MEDICOS DE SUSPENDER EL TRATAMIENTO A UN ENFERMO TERMINAL.	
3.1 Repercusiones familiares.....	53
3.2 Afectación al ámbito social por la permisión al médico para suspender el tratamiento a un enfermo terminal.....	54
3.3 Consideraciones teológicas acerca de la muerte piadosa.....	57

3.4 El derecho a tener una muerte digna.....	62
Notas bibliográficas.....	69

CAPITULO IV.

ANÁLISIS DEL ARTICULO 103 DE LA LEY GENERAL DE SALUD.

4.1 La inculpabilidad del médico que practique una muerte piadosa.....	72
4.2 Las eximientes putativas.....	81
4.3 Las causas de exclusión de responsabilidad.....	84
4.4 El homicidio consentido.....	87
4.5 El articulo 103 de la ley general de salud y la necesidad de reformarlo.....	96
Notas bibliográficas.....	110
 Conclusiones.....	 112
 Bibliografía.....	 116

INTRODUCCIÓN.

En el presente trabajo que trata acerca de la muerte piadosa y la necesidad de acogerla como una causa excluyente del delito, revisaremos para iniciar, las definiciones de paciente terminal, muerte clínica y muerte de acuerdo a la ley general de salud, así como a la definición de muerte piadosa que es el tema de este trabajo, toda vez que, estos conceptos son básicos para comprender esta investigación; así mismo, conoceremos las practicas primitivas de la muerte piadosa, en diversas naciones, y brevemente revisaremos las disposiciones legales que abordan la responsabilidad médica al practicar una muerte piadosa.

En el capítulo dos revisaremos los aspectos médicos y psicológicos en el paciente terminal, consistentes en el estado psicológico del paciente durante la evolución de su enfermedad, y por ello es necesario saber que tipo de asistencia psicológica se le debe brindar al enfermo terminal. En este capítulo conoceremos, también los conceptos de dolor y de agonía, ya que son etapas llenas de penurias por las cuales atraviesa un enfermo terminal y que llevan a la muerte piadosa como solución al dolor y a la agonía.

Por lo que hace al capítulo tercero, trataremos las repercusiones familiares y la afectación que sufriría el ámbito social que traería consigo la permisión a los médicos de suspender el tratamiento a un enfermo terminal, de igual modo, revisaremos algunas consideraciones teológicas acerca de la muerte piadosa, y por último veremos el derecho que debería de existir, para tener una muerte digna y no llegar a ella en condiciones lastimosas, sino que se arrije a la muerte con la calidad de persona.

Alejándonos un poco de la tarea informativa, de la que solo es una parte, lo que se presenta en los primeros capítulos, es necesario procurar descubrir la naturaleza jurídico penal de la muerte piadosa, así como su ubicación en el marco legal de otros países, para poder ubicarla de una manera justa dentro de nuestra legislación, esto nos lleva a tener que acudir al Derecho comparado, para partir de esas legislaciones y conocer como es concebida en esas naciones. En el cuarto capítulo que se refiere al marco jurídico de la muerte piadosa revisaremos la inculpabilidad del médico que practique una muerte piadosa; partiré de diversos casos relatados por médicos, los cuales servirán para conocer la verdadera dimensión del problema en cuanto a lo que deben enfrentar los médicos profesional y moralmente. Es

inconcebible que, además de enfrentar cuestiones morales y éticas, tengan que enfrentar problemas jurídicos, que no le permiten ejercer libremente su profesión, en el sentido de que muchas veces el deber del médico no es sanar, sino aliviar, y qué es la muerte piadosa, sino un alivio a los insoportables dolores de una larga agonía. Debido a esta situación, me permito mencionar legislación de diversos países, con el fin de tener el antecedente de que en otros países se le da la libertad de actuar al médico ante tales situaciones.

Razón por la cual, es necesaria una reforma que adicione una fracción XI en el artículo 15 de nuestro Código Penal para el Distrito Federal, así como también se requiere una adición en el artículo 103 de la Ley General de Salud. El primero de ellos, con el fin de que la muerte piadosa sea considerada como una causa excluyente del delito, y el segundo, para que, en él se den las condiciones necesarias para llevar a cabo la ejecución de dicha muerte piadosa.

La muerte piadosa debe ser estudiada en su justa dimensión jurídica, por ello, en este capítulo veremos si puede ser considerada como una eximente putativa, y para ello veremos algunos países donde se encuentran dentro de los cuerpos penales contempladas como tales; así mismo, veremos los criterios bajo los cuales ha sido catalogada la muerte piadosa. Por lo que hace al presente trabajo, el objetivo de éste, es ubicar a la muerte piadosa como una causa que excluye el delito por ello es necesario mencionar cuales son dichas causas, y en donde están contempladas, motivo por el cual debemos revisar el artículo 15 del Código Penal para el Distrito Federal, a efecto de determinar como debería quedar la adición que se propone, con el fin de permitir la práctica de la muerte piadosa; y además, de que para poder acudir a la muerte piadosa se deben seguir lineamientos, que como ya se mencionó, quedarían establecidos en el artículo 103 de la Ley general de salud.

Otro de los puntos a tratar en este capítulo, es el suicidio, la inducción y el auxilio al suicidio, para lo que debemos revisar el artículo 312 del Código Penal para el Distrito Federal que penaliza el auxilio y la inducción al suicidio. Se tratará también, el homicidio-suicidio, así como, el homicidio consentido, ya que se trata de una figura que por sus características se asemeja a la muerte piadosa, y que en nuestro país, solo se encuentra contemplada en el artículo 205 del Código Penal del Estado de Guanajuato.

Por último revisaremos el artículo 103 de la Ley General de Salud y expondré el porque es necesario reformarlo al igual que el artículo 15

del Código Penal para el Distrito Federal; pero, para ello, es necesario conocer el alcance y la limitación que tiene nuestro derecho a la vida, y si podemos disponer de ella, para ello, analizaremos el segundo párrafo del artículo 14 de nuestra Constitución Política. Por otro lado enunciaré los artículos 234 del Código Penal del Estado de México, 283 del Código Penal del Estado de Hidalgo, 157 del Código Penal del Estado de Quintana Roo y 134 del Código Penal del Estado de Querétaro, ya que, en nuestro país, son las únicas disposiciones legales que hablan acerca de la muerte ejecutada por móviles de piedad, pero que, la consideran como homicidio atenuado; expondré la Ley aprobada en Holanda para practicar la eutanasia activa, así como legislaciones de otros países que de algún modo permiten no prolongar la vida de pacientes terminales, todo esto con el fin de observar que, en estos países ha sido un beneficio el legislar al respecto, y no se ha caído en abusos la permisión de la muerte piadosa. Estas legislaciones, nos permiten ver que, en nuestro país es posible adoptar la figura de la muerte piadosa sin caer en situaciones que se contrapongan al Derecho, a lo legal.

CAPITULO I

CONCEPTOS GENERALES E HISTORIA ACERCA DE LA MUERTE PIADOSA.

- 1.1 DEFINICION DE PACIENTE TERMINAL.
- 1.2 DEFINICION DE MUERTE CLINICA.
- 1.3 DEFINICION DE MUERTE DE ACUERDO A LA LEY GENERAL DE SALUD.
- 1.4 DEFINICION DE MUERTE PIADOSA.
- 1.5 PRACTICAS PRIMITIVAS DE LA MUERTE PIADOSA.
- 1.6 DISPOSICIONES LEGALES EXISTENTES QUE ABORDAN LA RESPONSABILIDAD MEDICA AL PRACTICAR LA MUERTE PIADOSA.

1.1 Definición de paciente terminal.

Para iniciar con el presente trabajo de investigación debemos conocer un concepto importante, y es el de paciente terminal, toda vez que es él, el personaje central, sobre el que gira todo éste tan controvertido tema, que es la muerte piadosa.

La muerte no es una enfermedad que requiera intervención médica, por lo que la atención de los pacientes moribundos se confía a menudo a profesionales, que se centran en los cuidados fisiológicos de personas que en realidad requieren un tipo de atención más espiritual. La muerte es el final de la vida humana, y su significado tanto para el paciente como otras personas es distinto al de otras experiencias. Las opiniones de los individuos respecto de lo que consideran importante para ellos son muy diversas, en especial con la muerte.

Mientras que algunos encuentran consuelo espiritual soportando el dolor y la desfiguración, otros consideran que estas experiencias son incluso peores que la muerte misma. Asimismo, algunos hallan un momento y un modo apropiados para terminar su vida, en tanto que otros no llegan a comprender la naturaleza mortal de la vida humana. En consecuencia, para planificar la atención de estos pacientes es necesario conocer sus valores y preferencias personales. En los pacientes terminales el papel del médico va mucho más lejos del mero diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.

"El paciente terminal es aquella persona aquejada por una enfermedad incurable o algún mal irreversible, y que se encuentra en estado próximo a la muerte, es decir, está en los últimos momentos de su existencia." (1) Debemos entender que el paciente terminal no es sólo aquél que está ya en sus últimas etapas, sino incluso aquél que está con meses previos a su defunción. El paciente terminal es aquél que sufre una enfermedad incurable y que en un plazo corto progresará a la muerte, este plazo es en ocasiones hasta de doce meses.

Los pacientes terminales por lo general sufren los siguientes males: disnea, anorexia, náuseas y vómitos estreñimiento, confusión, depresión, estrés y aflicción; como podemos darnos cuenta se presentan problemas no sólo físicos, sino también de carácter psicológicos, mismos que abordaremos con más profundidad en el capítulo dos del presente trabajo. (2)

1.2 Definición de muerte clínica.

A principios de los años sesenta, la profesión médica hizo conciencia de la necesidad de establecer una nueva definición del concepto de muerte; debido al éxito de los trasplantes de órganos humanos, fue que nació la urgencia de conocer, cuando realmente se considera a una persona legalmente muerta.

Ya el concepto tradicional, legalmente aceptado de que una persona moría al cesar las funciones básicas del corazón y de los pulmones, había pasado a la historia. En 1964, se reunieron en la Universidad de Harvard, un grupo de médicos de la Escuela de Medicina de la misma Universidad y elaboraron varios criterios para determinar el momento de la muerte. El más aceptado fue el electroencefalograma recto, por su indicación clara de la terminación de toda actividad cerebral. Señalaban que, cuando moría el cerebro, la persona podía considerarse muerta.

La aceptación de la muerte cerebral constituye un factor de debate en la Medicina y la Penología moderna; por ello, los esfuerzos de la Academia Americana de Neurología y del Concilio Educativo sobre la Eutanasia, han logrado junto con otras organizaciones en todos los niveles profesionales, el que se implemente legislación respecto a la muerte cerebral. Hasta ahora, por lo menos tres de los Estados de la Unión Americana, han legislado proveyendo un nuevo criterio para decidir cuando es que un médico debe desistir de sus esfuerzos para prolongar la vida de un paciente y declararlo muerto; ellos son: Kansas, Maryland y Virginia, que permiten al médico declarar la muerte si no hay actividad cerebral espontánea, y si los esfuerzos de resucitación por mecanismos artificiales fracasan en restaurar la actividad pulmonar y cardíaca.

La Asamblea de delegados de la Sociedad Médica del Estado de Connecticut aprobó en 1970, una definición de la muerte, que conjugó todo lo anterior: "Si la actividad pulmonar y cardiovascular del paciente se mantienen por medio de mecanismos artificiales, la muerte puede ser determinada por razón de condición irreversible en la pérdida de las funciones cerebrales." (3) Sin embargo, existe una urgente necesidad de que las sociedades trasciendan los niveles de la muerte biológica y cerebral, para reconocer la muerte psicológica, que es, la muerte de un individuo como persona consciente.

De lo anterior podemos deducir que la vida humana continúa por tanto tiempo, como persisten sus funciones vitales, distinguiéndose de

la simple vida de los órganos que se manifieste sin la ayuda de procedimientos artificiales. De esta idea, se destaca la posibilidad de diferenciar la muerte del todo en el hombre, de la muerte parcial y diferente en tiempo de los órganos.

La preocupación por la inhumación prematura, ha sido un gran temor en todas las épocas, puesto que mueve recónditas fibras del ser humano y lo ha llevado a cerciorarse cada vez más sobre el momento preciso en que deja de existir.

La medicina legal, es la actuación del médico en el campo de la justicia y ha existido desde el principio de los siglos, en las sociedades incipientes o en los inicios de la agrupación de los hombres; hacia el año 250 a.C., Erasistrado practicaba estudios cadavéricos para determinar la causa de la muerte, y existen diversas anécdotas en el Libro de Moisés, en el Talmud, en los papiros de Kalum de Luxor y Tebas. En Valladolid, España, se concedió en 1391 el practicar las necropsias: después llegó la idea al continente americano a partir de 1533, y en 1576 se empezaron a practicar en la Nueva España. Hacia el siglo XVI se determina la necropsia obligatoria en los casos de muerte violenta, y para el siglo XVII Alphonse Devergié estudia las modificaciones cadavéricas en agua, tierra y al aire libre.

En 1876 el arzobispo Donnet de Burdeos, pronunció su célebre discurso, como consecuencia del cual se establece el plazo legal de veinticuatro horas que deban transcurrir desde el momento de la muerte hasta el momento de la inhumación, y se establece que la comprobación de la muerte es responsabilidad del médico, quien debe redactar y firmar el certificado de defunción. En 1879 se ofrecieron 1,500 francos, para el mejor trabajo científico sobre el diagnóstico de la muerte. Se presentaron siete trabajos carentes de calidad científica, y el que ganó precisó que la muerte se caracterizaba por la ausencia de latidos cardiacos, la relajación simultánea de los esfínteres, el hundimiento de los glóbulos oculares y la formación de la tela córnea.

Más tarde se propusieron dos reconocimientos más al mejor diagnóstico sobre la muerte: El del Marqués D'Ourches, en 1885, el cuál ganó Bouchot con su estudio acerca de la temperatura del cadáver, y el otro premio lo ofreció Dugast, el mismo año y lo ganó el profesor en medicina forense de Marsella, Severino Icart con un estudio profundo en torno al momento preciso de la muerte. (4) Las conclusiones fueron las adquisiciones de nuevas técnicas médicas que se aplicaron al estudio de la extinción de la vida y que fueron las siguientes:

- La coagulación de la sangre.
- Excitabilidad eléctrica.
- Estudio radiológico del sistema cardiovascular.
- Angiografía.
- Electrocardiogramas.
- Electroencefalogramas.

Dentro de los aspectos médico-legales, es necesario destacar que la reciente tecnología médica, con nuevas técnicas de resucitación y sostenimiento, ha suscitado nuevos planteamientos en el campo legal y concretamente en el campo de la muerte por compasión.

Actualmente, por medios artificiales, se puede mantener la vida biológica: respiración, circulación y nutrición, por meses y años, en personas descerebradas. Este fenómeno, desconocido hace cuatro décadas, ha llevado a proponer una nueva definición de muerte, tanto en el aspecto clínico, como en el legal.

Entre otras, la definición de la muerte tiene amplias aplicaciones en la legislación: en los trasplantes de órganos, en la imputación de la muerte ocasionada por lesiones, y en el tema de la muerte piadosa. Con respecto a este último tema surgen varias interrogantes, como por ejemplo: ¿Hay una obligación, y de qué género de seguir alimentando este tipo de vida? En muchos casos se trata sólo de una vida aparente y mecánica, en los que la muerte total se revelará plenamente apenas se interrumpa el contacto con las máquinas de reanimación.

Como ya vimos, desde tiempos inmemorables ha correspondido a los médicos establecer los criterios que determinen la muerte humana. Ya Hipócrates 500 años antes de Cristo establecía su opinión al respecto, afirmando que los signos inequívocos de muerte eran frente arrugada y adjunta, ojos hundidos, nariz puntiaguda bordeada de un color negruzco, sienes hundidas, huecas y arrugadas, mentón arrugado y contraído, piel seca, lívida y plomiza, pelo de las ventanas de la nariz y pestañas salpicadas de una especie de polvo blanco mate, rostro por lo demás, fuerte, deformado e irreconocible. (5)

Así, durante varios siglos, en la medicina, en las legislaciones y en la opinión pública, se impusieron para determinar la muerte como criterios clásicos, la cesación de la actividad del corazón y de los pulmones.

Thomas W. Furlow concibe el morir como un proceso: primero se da la muerte social, que es el círculo exterior más vulnerable, y constituye el primer síntoma de muerte, después viene la muerte intelectual

humana, que se caracteriza por la conciencia y las funciones racionales. Finalmente, está la vida biológica que depende del tronco cerebral y controla el latido del corazón, la respiración y otras funciones biológicas básicas.

En 1966, un grupo interdisciplinario conformado por médicos, juristas y sacerdotes, reunidos en Londres, propuso, para determinar la muerte clínica, cinco criterios en los que se incluía, como dato clave, un trazado plano del electroencefalograma (EEG), durante varios minutos. La cesación total de los latidos del corazón, no fue considerada como signo evidente de muerte clínica. En realidad, si se da la degeneración de los centros superiores, la reactivación de algunas funciones del organismo no es significativa: se daría vida biológica a un sujeto clínicamente muerto. (6)

Dos años después, en 1968, se constituyó en la Escuela de Medicina de Harvard, un comité especial que estudiara una nueva definición de muerte, el mencionado comité incluía médicos, teólogos, abogados y filósofos, de aquí surgieron los siguientes cuatro criterios:

a) Falta de receptividad y de respuesta: ignorancia total frente a los estímulos aplicados externamente y falta completa de respuesta incluso a los estímulos más intensamente dolorosos (no hay respuestas vocales, ni otras tales como un gruñido, mover alguna extremidad o la aceleración de la respiración).

b) Movimientos o respiración: no hay movimientos musculares espontáneos o respuesta a cualquier estímulo -dolor, luz, sonido, toques- o respiración espontánea; ambos no deben ser observados durante un período de una hora. Después de que un paciente esté en un respirador mecánico, la ausencia total de respiración espontánea se comprueba desconectando el respirador tres minutos y observando si hay cualquier esfuerzo para respirar espontáneamente.

c) No hay reflejos: pupilas fijas y dilatadas que no responden a la luz intensa; no hay movimientos oculares cuando la cabeza se le vuelve o tras el riego de los ojos con agua helada, no hay parpadeo; no hay evidencia de actividad postural; reflejos corneales y faringeos ausentes; no se traga ni se bosteza, ni hay reflejos de vocalización; no hay ninguna clase de reflejos motores (bíceps, tríceps, músculos pronadores, cuádriceps y gemelos), todo lo que procede es indicativo de coma irreversible.

d) Electroencefalograma plano: EEG isoelectrico o plano -las direcciones precisas para la operacion del electroencefalograma tambien fueron incluidas-; registro durante diez minutos por lo menos. Esta prueba final es solamente confirmativa y no diagnostica.

Todas las pruebas que se han mencionado no deben acusar ningun cambio al repetir las veinticuatro horas despues. Si los procedimientos descritos no revelan ninguna actividad, el paciente puede ser juzgado muerto basandose en el dano cerebral irreversible. Hay dos excepciones a estos criterios: el paciente que esta sufriendo hipotermia (temperatura interna del cuerpo por debajo de 32° C), o el paciente que esta bajo la accion de productos depresores del sistema nervioso, como por ejemplo barbituricos. (7)

Como es de esperarse, no todos estuvieron de acuerdo con los criterios del comite de Harvard. Especialmente el nuevo criterio del electroencefalograma plano, que parecia fallar. Precisamente en 1969 se dieron a conocer tres casos excepcionales: el primero, es el de un soldado americano herido en Vietnam, donde el EEG fue plano durante cinco minutos; el segundo caso, fue en Tokio, donde el cerebro funciono normalmente despues de un mes de silencio encefalografico total, y finalmente el caso de un nino en Israel, cuyo cerebro, despues de dos semanas de EEG plano, mostro actividad y a los dos meses todo estaba normal. (8)

A raiz de esto, se ha sugerido un criterio adicional: verificar la falta de consumo de oxigeno por el cerebro. Uno de los medios para constatar esto consiste en inyectar oxido nitroso gaseoso en la arteria carotida y medir el contenido de oxigeno en la sangre que ha pasado a traves de ella.

En 1971 y 1972 el Instituto Nacional de Enfermedades Neumologicas y Accidentes Cerebrales de los Estados Unidos de Norteamerica llevo a cabo, junto con nueve centros hospitalarios, un estudio para encontrar criterios mas confiables que los de Harvard. Como punto tercero, exigian una prueba que confirmara la ausencia de circulacion de sangre en el encéfalo. Se establecia, ademas, con toda claridad el pre-requisito de atencion previa exhaustiva; toda vez que, en efecto, es muy importante conocer la causa que ocasiono el coma. Estas pueden ser esquematicas -fallas en la circulacion de la sangre-, o anoxicas -fallas en el aparato respiratorio-. Hay que hacer mencion de que en condiciones favorables el corazon sobrevive a la interrupcion de flujo sanguineo de una hora a hora y media, los riñones alrededor de dos horas y media, los pulmones de 30 a 60 minutos y el cerebro a lo mucho de 8 a 10 minutos.

Es necesario considerar que una vez pasado el corto tiempo dentro del cual es posible una reactivación de las células cerebrales, el estado consciente se pierde para siempre. A pesar de que se restablezca el funcionamiento del corazón y de la circulación, en el estado en que resulta ha desaparecido la personalidad humana, ya no responde cuando se le habla, ni puede ponerse en contacto con el mundo que lo rodea; el lenguaje se reduce a un ruido inarticulado, aunque el enfermo reaccione todavía a los estímulos dolorosos. (9)

Estos fenómenos se denominan síndrome apático, y revelan que se ha destruido la corteza cerebral, que se juzga, es determinante de lo específicamente humano.

Cuanto más avanza la ciencia médica, más difícil resulta establecer el instante exacto en que se produce la muerte. A cambio, cada vez conocemos mejor los procesos fisiológicos que ocurren después.

Una persona que mantiene un paro irreversible en las funciones circulatorias y respiratorias, o una suspensión irreversible de todas las funciones del cerebro, incluyéndose el tronco cerebral, está muerta. Este es el criterio que, según la ley, define la muerte fisiológica. Para aclarar un poco este punto leamos el siguiente caso:

Después de desconectar el respirador que es una especie de pulmón artificial que mantenía vivo a un sujeto, un equipo de cirujanos da por terminada la operación. Tres días antes había sufrido una anoxia cerebral (falta de oxígeno en el cerebro), provocada por un paro cardíaco. Los análisis clínicos, así como los electroencefalogramas, que interceptan las conversaciones entre las neuronas, y el registro de los potenciales, que determina el tiempo de activación de los distintos centros cerebrales dieron negativo. La ausencia de actividad cardíaca durante dos minutos y un electroencefalograma plano durante veinte minutos eran pruebas suficientes para aseverar que su materia gris había fenecido. La torre de máquinas que le rodeaban en la unidad de cuidados intensivos enviaban sangre, oxígeno y nutrientes a todos los rincones de su organismo. De esta forma, las funciones vitales se mantenían inalteradas de forma artificial. ¿Pero seguía estando allí?

Este sujeto es un típico cadáver de finales del siglo XX. Pertenece a una nueva clase de muertos, que son los cadáveres latentes, fabricados con la más revolucionaria tecnología médica. Se trata de pacientes que han entrado en un coma irreversible, manifestación clínica de la destrucción total del cerebro. Aún así, todas las células, desde la retina, hasta la planta de los pies, pueden sobrevivir durante días, incluso una

o dos semanas, tras la muerte del cerebro, gracias a una serie de sofisticados sistemas de apoyo, aunque pasado ese plazo la muerte ya es definitiva.

Monitores para las excreciones glandulares y la presión intercraneal, tubos de alimentación intravenosa, catéteres para la presión arterial y venosa, cardiográficos, ventiladores de respiración, desfibriladores, son algunos de estos avances de la tecnología médica.

En la actualidad, un corazón que late, unos pulmones que respiran o un páncreas que libera insulina no definen en absoluto la vida de una persona. Antes, si un individuo tenía el cerebro totalmente colapsado, y las líneas de comunicación se habían cortado, el sistema nervioso autónomo que controla las actividades automáticas o reflejas del organismo, como la secreción del sudor o los movimientos del estómago, se desvanecía, y el corazón dejaba de latir, fallecía de inmediato. Hoy, sin embargo, cuando a un paciente con el cerebro recién muerto se le enchufa a un respirador, su cuerpo seguirá viviendo hasta que los médicos decidan desconectarlo.

Antiguamente, el diagnóstico de la muerte venía dado cuando el corazón y los pulmones se paraban. No había forma de reanimarlos; sólo que a veces se reanimaban solos. Un problema que se planteaba ya en la Edad Media era la muerte aparente. Muchas personas tenían la mala fortuna de ser enterradas vivas, por lo que, para evitar este lamentable error, y sobre todo por el temor de ser enterrados vivos, surgió la idea de agregar en los testamentos principalmente de gente adinerada, una cláusula en donde se especificaba que un doctor comprobara que el muerto lo estaba realmente. El médico, para asegurarse de la defunción ponía un espejo bajo la nariz del paciente, para ver si se empañaba con el vaho del aliento. En otras ocasiones utilizaban una vela, si la llama se movía, ello delataba que el presunto muerto aún estaba vivo. También era frecuente poner un vaso con agua sobre el pecho del difunto, para ver si realmente había dejado de respirar. Otros procedimientos resultaban más desagradables. Algunos médicos optaban por abrir el cadáver con una lanceta, para observar si la sangre fluía, o por el contrario se coagulaba.

Si bien es cierto, las dudas fisiológicas siguen y seguirán en pie durante mucho tiempo, los procesos biológicos que se desencadenan tras la muerte han sido perfectamente estudiados. En opinión de médicos forenses, todos los humanos al fallecer presentan los mismos signos, así, lo primero que ocurre, es que la sangre, por efectos de la gravedad, se deposita en las zonas más bajas y se coagula. Aparecen

las manchas típicas violáceas de la congestión. Entre cuatro y ocho horas después se manifiesta el conocido rigor mortis, o rigidez cadavérica, debido a procesos fisicoquímicos que ocurren en los músculos y la sangre, es un fenómeno transitorio. A las veinticuatro horas comienzan a aflorar otro tipo de manchas cadavéricas, de color verdoso, en el abdomen. Son las primeras señales de la inminente putrefacción. Ésta se inicia generalmente en los intestinos, ya que es un lugar del cuerpo donde hay más bacterias, y se propaga con una velocidad asombrosa por los vasos sanguíneos y linfáticos al resto del organismo. A continuación hace acto de presencia un líquido incoloro, la cadaverina, resultado de la química de descomposición, su olor es repugnante. Su aparición anuncia una primera fase de gasificación; las bacterias aerobias consumen todo el oxígeno, se extinguen y dejan paso a las anaerobias, que no necesitan de este gas para vivir.

Obviamente no siempre tiene porqué ocurrir de esta manera. Los especialistas saben que en el caso de que una persona muera y sea enterrada en la cripta de un monasterio, donde reina una temperatura constante, hay poca humedad, circula el aire, el cadáver tiene muchas posibilidades de momificarse: los tejidos se secan y dejan de descomponerse. También ocurre a veces, aunque con menos frecuencia que la momificación, que el cadáver se convierta en cera. Este extraño fenómeno sucede cuando las grasas de los tejidos se hidrolizan, transformándose en sustancias parecidas a la cera de abeja. Esto explicaría los casos de incorrupción de ciertos cadáveres, que en otros tiempos se tenían por milagros de origen divino. En cuanto a la creencia de que el pelo y las uñas siguen creciendo tras la muerte, no tiene ningún fundamento, lo que ocurre es que al retraerse los tejidos por efectos de la momificación, las uñas parecen más largas, y lo mismo ocurre con el pelo y la barba.

Mientras actúan las bacterias aerobias y anaerobias, ciertas especies de insectos, también hacen de las suyas. Cuando el enfermo todavía está moribundo, las moscas ya empiezan a revolotear sobre su cabeza, como buitres sobre la carroña. Las hembras fecundadas depositan sus huevecillos en las comisuras de los párpados y de los labios. El camino está hecho para que, cuando el cadáver sea enterrado, los insectos cadavéricos, llamados también escuadras de la muerte, se reproduzcan y trabajen incansables. Son tremendamente voraces. En total se necesitan ocho escuadras, es decir, ocho generaciones, para que los huesos queden totalmente limpios.

Para que nos quede más claro lo relativo a la muerte de una persona enunciaremos el concepto de muerte aparente y muerte real, así como, las características que se presentan cuando esta ocurre.

Por muerte aparente se entiende: "Aquel estado en que las manifestaciones vitales llegan a su mínima expresión, de tal suerte que producen la apariencia de haberse acabado la vida." (10) Por ejemplo, en ciertos estados sincopales que sobrevienen, en que todas las funciones vitales desaparecen por lo menos aparentemente, para volver a aparecer en corto tiempo.

En la muerte real hay una desaparición definitiva de las funciones vitales, como son la respiración y la circulación. Hay pérdida completa del conocimiento y desaparición total de la inteligencia. Inconsciencia absoluta; la sensibilidad cutánea y sensorial desaparecen, el corazón es el último órgano que deja de funcionar. La desaparición de la circulación se aprecia en el pulso radial, el cual deja de percibirse al tacto. En el moribundo principia a enturbiarse la vista, y la córnea se opaca visiblemente, formándose una capa glerosa, las pupilas se dilatan enormemente, el ojo se atrofia por deshidratación. Estos son los signos inmediatos de la muerte real.

Sin embargo, aparecen otros signos no inmediatos o retardados en la muerte real, como son: el enfriamiento cadavérico, que se identifica después de la muerte cuando comienza a bajar la temperatura hasta 20 grados, cuya temperatura en el recto es signo inequívoco de muerte. De igual forma se da la cesación de la contractibilidad muscular, que es una característica de la fibra muscular, que se va perdiendo poco a poco después de la muerte. La rigidez cadavérica se presenta después de 5 ó 6 horas de la muerte, sin que sea posible mover sus superficies articulares, a las 24 horas está generalizada dicha rigidez, y de las 36 a las 48 horas comienza a desaparecer. Las livideces cadavéricas, que son manchas de regular extensión, de color amoratado o violáceo, que aparecen en los cadáveres algunas horas después de la muerte, generalmente en las partes laterales del tronco y en las extremidades; y al igual que las livideces cadavéricas, aparecen las hipóstasis, que se forman por la sangre líquida, que queda en las diferentes vísceras después de la muerte, lo que forma ciertas manchas congestivas en los órganos internos llamadas hipóstasis.

Otros signos no inmediatos de la muerte real, es el apergaminamiento de la piel, que se da en las partes del cadáver que han sufrido frote o presión, la piel presenta un color amarillo grisáceo, de consistencia dura, resistente al corte y muy seca; así como el

relajamiento de los esfínteres y la mancha verde del abdomen, que comienza a formarse hacia la fosa iliaca derecha y luego se extiende hacia su parte media y fosa iliaca izquierda. Esta mancha, esta constituida por la formación de gases, sobre todo provenientes de las sustancias tóxicas del intestino, y es el comienzo de la putrefacción cadavérica, su color verde lo produce la sufo hemoglobina. Finalmente, al cabo de un tiempo variable, según la temperatura exterior y la causa de la muerte, comienza la putrefacción y se traduce por signos que no dejan lugar a dudas sobre la realidad de la muerte.

Resumiendo lo anterior, tenemos que la muerte real, absoluta y completa, es la abolición definitiva y permanente de las funciones de los grandes sistemas; es el paro irreversible de las funciones cerebrales, cardiocirculatorias y respiratorias, en forma independiente y autónoma. Una persona no es una estatua, es un complejo morfofísico, psicológico, ético y social, y si se mantiene una vida vegetativa parcial, mediante recursos mecánicos extracorpóreos, la personalidad ya no existe.

Como podemos observar el mantenimiento de la vida exige un equilibrio biológico y fisico-químico; la muerte es el resultado de la ruptura de ese equilibrio. El cuerpo, inerte, sufre acciones de carácter físico, químico y microbiano que determinan los fenómenos cadavéricos.

A diferencia de lo que se piensa comúnmente la muerte no es un paro total e instantáneo de la vida, sino un fenómeno lento y progresivo. Es un proceso que se inicia en los centros vitales cerebrales o cardíacos para propagarse en seguida progresivamente a todos los órganos y tejidos; dando así lugar a que el diagnóstico de la muerte se base en dos ordenes de comprobación, a saber: El primero, relativo a la supresión de las grandes funciones que caracterizan la vida, teniendo un valor muy relativo; el segundo, se relaciona con las modificaciones químicas que se producen en los tejidos del cadáver, no pueden verificarse más que en una época más o menos alejada de la muerte, pero tienen un valor absoluto.

Retomando el polémico instante de la muerte. ¿Cómo puede la medicina estudiar y enfrentarse a este terrible acontecimiento? La única vía consiste en estudiar los cerebros de pacientes que a consecuencia de un traumatismo, hemorragia, anoxia, intoxicación u otra patología han pasado a vivir en un estado vegetativo persistente, o se encuentran en una situación de coma irreversible. Estas personas se caracterizan por no presentar ningún signo de conciencia.

Desde el punto de vista anatómico, el cerebro está dividido en tres partes, todas en estrecha comunicación: el cerebro posterior, que comprende el tallo cerebral inferior y el cerebelo; el cerebro medio, que alberga algunas áreas sensitivas y el tallo cerebral superior; y el cerebro anterior, en la que destacan el tálamo y los dos hemisferios. Entre ambos ocupan casi la totalidad de la caja craneal, y están en contacto con la médula espinal a través del tronco encefálico o tallo cerebral, que controla el ritmo cardíaco, la respiración y el sueño. Por encima, una hoja plegada de tejido, de unos tres milímetros de espesor, cubre todo el cerebro. Es el neocórtex, una red formada por 100,000 millones de neuronas que permiten el almacenamiento del contenido consciente, los recuerdos y los pensamientos. Pero ¿qué activa su funcionamiento? Se ha podido demostrar que los niveles de conciencia dependen en gran medida del sistema reticular activador, un grupo de largas fibras que van a desembocar al tálamo, y que constituyen, por decirlo de alguna manera, un sistema de vigilancia que mantiene despierto al cerebro, aún cuando dormimos. Pero no todas las funciones del cerebro tienen que pasar por un estado de conciencia. Es el caso de los movimientos reflejos que no dependen de nuestra voluntad, como la dilatación y contracción de la pupila o los latidos del corazón, y que todavía conservan los comatosos en estado vegetativo.

Con ayuda del electro y el EEG, los médicos pueden revisar el estado de salud de las neuronas: adheriendo finos electrodos en diferentes zonas de la piel, registran las conversaciones que éstas mantienen entre sí. Si los registros enmudecen, es decir, el electro resulta plano, entonces las neuronas han dejado de enviar mensajes, han muerto. Otra técnica cada vez más utilizada, y que tiende a imponerse, es la evaluación de los potenciales (PE). Mediante electrodos aplicados estratégicamente en el cuero cabelludo, los especialistas registran los tiempos de respuesta del cerebro ante un estímulo externo, como puede ser un sonido, un destello de luz o un piquetazo. En el caso de los comatosos irreversibles, los PE también desaparecen.

Unos minutos sin el gas vital o un traumatismo violento son motivos suficientes para que el cerebelo, el bulbo raquídeo, los dos hemisferios, el encéfalo y el tronco cerebral queden dañados irreversiblemente. La destrucción de éste último desencadena un colapso respiratorio, que acaba con la vida del paciente. Y aunque, el enfermo terminal haya tenido la fortuna de haber sido conectado a un respirador, el paro cardíaco no tarda en producirse. Sólo habría que esperar: unos dos o cinco días...

Es de especial importancia señalar, que en el coma irreversible la totalidad del cerebro queda arrasada en los casos de comatosos en estado vegetativo persistente, aunque una buena parte de la masa encefálica se encuentra dañada, al menos el tronco cerebral se mantiene intacto. Por este motivo los pacientes en esta crítica situación pueden haber perdido total o parcialmente la conciencia, pero conservan otras funciones cerebrales, como las que controlan la respiración, el ritmo cardíaco, el sueño o la digestión. Incluso llegan a rechinar los dientes, bostezar o gemir. El electro sigue dando señales de vida.

La incógnita que surge es determinar si son definitivos un EEG plano y unos PE negativos para certificar la defunción de una persona, y saber con certeza que ya ha rebasado el auténtico umbral de la muerte. Algunos autores piensan que ni siquiera estas modernísimas técnicas tienen la última palabra. Las páginas de la revista científica Journal Nuclear Medicine han revelado hace poco un polémico informe que pone en tela de juicio los criterios que actualmente se siguen para diagnosticar la muerte cerebral. Sus autores, son un grupo de investigadores canadienses del Departamento de Medicina Nuclear y Radiología de la Universidad de Ottawa.

"La muerte es temporalmente incurable", dice Michael Darwin, Presidente de la empresa Alcor Life Extension Foundation de Fullerton, California. Para él, no existe ningún instante que determine la muerte, y tampoco considera que la cerebral sea en absoluto el punto final. Darwin se encarga de congelar en nitrógeno líquido, a -196° centígrados, el cuerpo y la cabeza de sus clientes, por separado, para que algún día puedan ser descongelados y reanimados. Por unos 130 mil dólares cualquiera puede comprar un boleto para la eternidad. En el mismo instante en que el médico dictamina la muerte cerebral del paciente, los crionistas recogen el cuerpo sin vida del socio para trasladarlo a un contenedor refrigerado hasta el laboratorio de la empresa. Ahí, tras separar la cabeza del resto del cuerpo, bombean por las venas y arterias, vacías ya de sangre, una sustancia crioprotectora que es un compuesto químico a base de glicerol, que evitará que las células se destruyan durante el proceso de congelación.

Mientras las cabezas se descongelan, los médicos inyectarán unos fármacos especiales a través de los finísimos vasos del cerebro, que producirán millones de reacciones químicas, para reparar las neuronas dañadas. ¿Y si la tecnología médica del futuro pudiera poner en funcionamiento un cerebro aparentemente muerto?... Se habrá vencido al fantasma de la muerte; sin embargo, surge la siguiente cuestión: ¿Qué ha pasado con el alma, también lograron congelarla? (11)

No existe una evidencia científica que sostenga lo que están haciendo. Los expertos opinan que, cuando los cuerpos sean descongelados, los daños que el frío habrá ocasionado en las estructuras celulares serán irreparables. Quizá sólo sea un sueño. Pero, también es cierto que los criobiólogos llevan ya tiempo congelando esperma, óvulos, embriones y células sanguíneas. Y tras descongelarlos, vuelven a revivir sin ningún problema; incluso en estos días, se ha logrado extraer órganos y mantenerlos vivos durante horas, algo que hasta hace algunos años sonaba a ciencia ficción.

Por el momento no existe otra solución que detenerse en la muerte cerebral, ceñirse a lo que nos dice el EEG, los PE y otros análisis de rutina. Lo que suscita el planteamiento de nuestro tema: la muerte piadosa, término que sigue y seguirá levantando grandes controversias. Un individuo que ha sido declarado clínicamente muerto, ¿no piensa, su espíritu no está allí...? Sin embargo, las máquinas mantienen con vida al cuerpo. ¿Cuál debe ser la actitud del médico ante un neomuerto, un paciente-cadáver en coma irreversible? ¿Está obligado a prolongar su existencia o, por el contrario, tiene el deber moral de desconectar los sistemas de apoyo? Surge otra cuestión, ¿Quién decide: los familiares, el médico o el mismo paciente en un testamento escrito en completo uso de sus facultades físicas y mentales?

El problema se agrava cuando se trata de pacientes en estados vegetativos persistentes, en los que ha desaparecido cualquier manifestación de la conciencia, pero cuyas funciones vegetativas se mantienen intactas. Los comités de ética se inclinan porque sea el paciente quien dé el consentimiento, por supuesto, mediante una declaración escrita antes de caer en tan terrible situación; ¿pero, en caso contrario, debe mantenerse con vida indefinidamente? En cualquier caso, es una suerte morir en casa rodeado de familia. Hoy en día, cada vez es mayor la cantidad de personas que acaban sus días en el hospital, conectados a máquinas y en un medio ciertamente deshumanizado, por mucho amor que pongan en su trabajo médicos y enfermeras.

1.3 Definición de muerte de acuerdo a la Ley general de salud.

La muerte como cesación de la vida, preocupa a muchas disciplinas, ya que compromete nociones filosóficas, éticas, religiosas, biológicas y jurídicas, entre otras. La ciencia del derecho no puede formular un concepto de la muerte en sí misma, pues ese proceso es ajeno a su objeto. Nuestro ordenamiento legal no nos proporciona una noción de

ella, ni encontramos alguna norma que precise, para el efecto penal, el momento del fallecimiento. El Código Civil Para el Distrito Federal, en su artículo 22, simplemente dispone que la persona termina con la muerte natural. Por ende, la ciencia penal es tributaria en este aspecto de la medicina, que deberá proporcionar más que la noción de muerte, la existencia de signos ciertos de la cesación de la vida.

Los avances de la medicina han traído problemas que preocupan a los juristas. La muerte, esta virtualmente presente, pero algunos medios artificiales permiten mantener por tiempo indefinido una vida vegetativa, sin que esta situación permita restituir la salud. La intención en el caso de la muerte piadosa, no es matar en el sentido criminal, sino la de llevar a cabo un acto altruista, bienhechor y caritativo en el sentido humano, en pocas palabras es, facilitar una muerte inminente. En la eutanasia por omisión, tampoco existe la intención homicida, ya que, tiene lugar sobre una persona que esta condenada por la ciencia médica, prácticamente muerta y sin esperanza de curación.

De acuerdo a las disposiciones establecidas por la Ley general de salud se dará por certificada la muerte de una persona, cuando se presenten los signos enumerados en el artículo 343 del cuerpo legal invocado, que a la letra dice:

"Artículo 343.- Para efectos de este título, la pérdida de la vida ocurre cuando:

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

Como podemos ver, se trata de una definición de muerte bastante completa, toda vez que, comprende los diversos tipos de muerte que se mencionan anteriormente, tales como la muerte cerebral, la cardíaca y la pulmonar

En el reglamento de la Ley general de salud en materia de control sanitario de la disposición de órganos, tejidos y cadáveres de seres humanos, no encontramos ningún otro signo que deba presentarse para la certificación de muerte; toda vez que, dicho reglamento en su artículo 59 correspondiente al Capítulo IV De la disposición de cadáveres, nos

remite al citado artículo de la Ley general de salud; para conocer el contenido del artículo 59 de dicho reglamento, me permito transcribirlo:

"Artículo 59.-La disposición de cadáveres para efectos de investigación o docencia sólo podrá hacerse previa la certificación de la pérdida de la vida de acuerdo con lo prescrito en el artículo 317 de la ley."

Un error en este reglamento, es el hecho de que nos remite al artículo 317 de la citada ley general de salud, sin embargo, se debe modificar esta disposición legal, toda vez que, el artículo al que se refiere es al artículo 343 de la multicitada ley.

Como podemos observar, y ya se mencionó, la definición de muerte es un tema muy delicado, por ello es que además de la dada por la presente Ley, debemos recurrir a la ciencia médica, sobre todo para los casos en los que no se da la muerte real, que es la única muerte que trata la citada legislación, y nos enfrentamos al problema que nos preocupa.

1.4 Definición de Muerte Piadosa.

La muerte piadosa ha sido denominada por la doctrina de diversas maneras, principalmente como: homicidio piadoso, homicidio por compasión, muerte caritativa, homicidio altruista, homicidio eutanásico, homicidio-suicidio por móviles piadosos, homicidio consentido, entre otros.

Antes de dar una definición a este controvertido término, expondré el pensamiento de diversos autores respecto a este tema.

Enrique Morselli, define la muerte piadosa diciendo que: "Es en sentido propio y estricto la buena muerte que otro procura a una persona que padece una enfermedad incurable o muy penosa, y la que tiende a truncar la agonía demasiado cruel o prolongada." A esta finalidad fundamental puede añadirse un objetivo eugenésico y seleccionador como el de las antiguas muertes de niños deformes. (12)

Eugenio Cuello Calón nos dice: "La verdadera muerte dulce es aquella que ha sido inspirada en la piedad y la compasión hacia el triste doliente que sólo procura su tránsito sin angustia y sin dolor." (13)

Para Matilde Rodríguez Cabo, autora que ha defendido la eutanasia para las personas anormales, su proposición es ésta: "Reglamentese la aplicación de medidas eliminatorias de todos aquellos oligofrénicos, en los que visto el fracaso del tratamiento, la evolución del caso clínico permite establecer el pronóstico de inmodificabilidad del estado de inutilidad social." (14)

Partiendo de las anteriores opiniones y de la diversidad de nombres dados a esta práctica, trataré de dar un concepto de la muerte piadosa:

Es el acto realizado por un sujeto movido por un impulso de piedad y humanidad, que priva de la vida a un enfermo o moribundo de agonía muy cruel, que padece una enfermedad incurable comprobada por diagnósticos médicos, con el único fin de ahorrarle sufrimientos, dolores, y torturas innecesarios; que puede alcanzarse de varias maneras. Es el sueño provocado por el uso de narcóticos en dosis crecida, o por la omisión de suministrárselos, orientando la muerte hacia un fin dulce, bueno y suave que una persona propina a un semejante.

Partiendo de esta definición, encontramos los elementos de la muerte piadosa, y podemos enumerarlos de la siguiente manera:

- 1) Sujeto activo: Médico, familiares, otros;
- 2) Sujeto pasivo: Moribundo de agonía muy penosa y dolorosa, enfermos desahuciados que padecen fuertes dolores o alguna enfermedad incurable y muy penosa;
- 3) Formas de privación de la vida: Por sueño provocado momentos antes de la muerte, por administración de narcóticos en dosis elevada, dejar de suministrar un medicamento;
- 4) Elementos subjetivos: Impulso de un sentimiento lleno de piedad y humanidad;
- 5) Requisitos: Consentimiento del sujeto pasivo, consentimiento de los familiares, dictamen médico de incurabilidad de por lo menos dos médicos;
- 6) Finalidad: Evitar al moribundo una agonía dolorosa, procurar una muerte tranquila, truncar una agonía demasiado cruel y prolongada.

1.5 Prácticas primitivas de la muerte piadosa.

Antes de principiar con el presente apartado, haremos un breve comentario acerca del mundo animal, ya que, podemos encontrar ciertas analogías entre éste y el homicidio piadoso. Por ejemplo: "Cuando un nido es recogido con todo y sus crías, y son encerrados en una jaula los polluelos, en este caso, son los mismos padres quienes siguen alimentándolos; pero se sabe, que pasado un cierto tiempo, cuando ya las crías están vestidas de plumas y en condiciones físicas de vivir por sí, son envenenados sin remedio, con hierbas tóxicas que los mismos padres traen solícitos en el pico: prefieren darles muerte ante el dolor de presumirlos eternamente cautivos." (15)

Por lo que hace a la especie humana, que es la que nos interesa, uno de los primeros casos de muerte piadosa de que tenemos conocimiento es el narrado en el Libro de los Reyes de Las Sagradas Escrituras, que dice: "Peleaban los Filisteos e Israelitas y volvieron éstos las espaldas a los filisteos y quedaron muertos muchos israelitas en el Monte Gelboé. Y los filisteos se arrojaron sobre Saúl y sus hijos, y mataron a Jonafás, Abinadab y Malquisua, y toda la fuerza del combate vino a descargarse sobre Saúl, a quién alcanzaron los flecheros e hirieron gravemente. Dijo entonces Saúl a su escudero: Desenvaina tu espada y quitame la vida, porque no lleguen esos incircuncisos y me maten moñándose de mí. Más su escudero no quiso hacerlo; por esto, Saúl desenvainó su espada y arrojose sobre ella. Al ver el escudero muerto a Saúl, echose él mismo sobre su espada y murió junto con él. Pero Saúl no murió en ese mismo instante, sino, que ocurrió lo que un joven amalectita contó a David: "Llegué casualmente al Monte Gelboé al tiempo que Saúl se arrojaba sobre la punta de su espada y cuando, los carros de guerra y la caballería del enemigo se le acercaban; volviéndose entonces a mirar hacia atrás y viéndome me llamó. Y habiéndole respondido: Estoy a tu mandar -preguntóme- ¿quién eres tú?, Díjele, soy un amalectita. Ponte sobre mí -dijo él- y mátame, porque estoy ya en la agonía y no acaba de salir mi alma. Por lo que me puse sobre él y lo acabé de matar." (16) Este es un pasaje bíblico que la mayoría de los comentaristas católicos no aceptan como cierto y no están conformes sobre la veracidad de todo lo que el joven amalectita le dijo a David.

Sin embargo, en la antigüedad y más aún, en las llamadas civilizaciones inferiores o primitivas, que pueden estimarse como sobrevivencia de ancestrales creencias; se daba y se sigue dando poca importancia al individuo, comparado con la comunidad; y en ocasiones, ya sea por penuria colectiva, si es que la población excede de límites

prefijados; o bien, para ahorrar sufrimientos físicos a un enfermo incurable, se practicó este homicidio, que actualmente se conoce con el nombre técnico de Eutanasia.

En gran cantidad de pueblos primitivos, los viejos, los enfermos y en general, los débiles o los que padecían de cualquier mal, eran sacrificados por los fuertes; así, en la tribu de los Massagetas, Sardos, Eslavos y Escandinavos, los hijos mataban a sus padres ya decrepitos, públicamente. En la India, el enfermo incurable era conducido por su familia a las riberas del Ganges, y le llenaban la boca y la nariz con el lodo sagrado, para después arrojarse al río. Los germanos, enterraban vivos sus crónicos; los bretones, liquidaban a los que declaraban ineptos para vivir, con su "martillo bendito".

Los Brahmanes tenían la costumbre de matar o abandonar en la selva a los niños que después de dos meses de vida parecían de mala indole; también los Espartanos, daban muerte a las criaturas pobres, raquíticas o contrahechas, mal conformadas y desprovistas de vigor y de valor vital, arrojándolos desde la cima del Monte Taijeto, antes de dejarlas vivir con daño suyo y de la colectividad, por considerarlas inútiles y una carga para el Estado, que sólo veía en sus hijos a futuros guerreros que debían presentar las máximas condiciones de robustez y fuerza, requisitos que nunca llegarían a cumplir estas desdichadas criaturas.

En algunos pueblos semibarbaros, como los Celtas, se encuentran indicios, no sólo de selección humana, sino, de verdaderas prácticas eugenésicas demasiado extremistas; ya que, no sólo verificaban las prácticas de selección en los recién nacidos, dando muerte a los niños deformes, contrahechos o enfermos, sino, que también consideraban legal la muerte de los ancianos valetudinario. Entre los Hebreos se guardaba cierta consideración con los condenados a muerte, hasta el punto de prepararles bebidas que hicieran menos dolorosa su ejecución, y tal vez en este sentido eutanásico dieron a Jesucristo, el vino mezclado con la hiel. En Atenas, el Senado tenía la facultad de otorgar el permiso para eliminarse. En la Isla de Cea, cuando sus habitantes llegaban a los 60 años, se les suprimía por medio de un veneno.

En los tiempos de Hipócrates, los Médicos eran solicitados muchas veces por sus propios pacientes, para que les proporcionarán tóxicos con fines eutanásicos; y ésto se confirma al leer el Juramento Hipocrático, que deben realizar los estudiantes de la Carrera de Medicina al recibir el Título de Médico Cirujano, ya que, dice: "...A nadie daré una

droga mortal aún cuando me sea solicitada, ni daré consejo con este fin..."

Los antiguos germanos, también tenían la costumbre de matar a sus enfermos crónicos y desahuciados. En Birmania se enterraban vivos a los viejos y a los enfermos incurables. Los Eslavos y los Escandinavos, movidos por filiales impulsos, apresuraban la muerte de sus padres enfermos que hubiesen llegado a una enfermedad incurable que les hiciera penosa la existencia. Según testimonio -no confirmado- de viajeros, se encuentran aún en la actualidad, en algunos países sudamericanos, costumbres parecidas. Entre los borosos del Brasil, en el Mato Grosso, cuando un hombre llega a viejo, se siente cansado para seguir adelante y ve que es un estorbo para la familia, él mismo pide que lo eliminen. Los indios cunas de las islas de San Blas, en Panamá, también eliminan por piedad a sus viejos y enfermos terminales. De ello, se encargan los brujos chamanes, que utilizan las hojas de una planta que llaman óda musoó (medicina para curar las lombrices). Si se hierve en exceso, hasta consumir completamente el agua, la sustancia tóxica remanente es tan fuerte que unas gotas bajo la lengua son suficientes. En Argentina, incluso hoy en día, existen curanderas especializadas, que colocan a la persona desahuciada boca abajo, lo toman de la barbilla y las rodillas, y le propinan un golpe seco que le quiebra la columna. La muerte es fulminante. Incluso, en algunos países europeos se practica todavía un cierto tipo de eutanasia activa. Se trata de la técnica del jicarazo, es decir, cuando una persona ya está cansada de vivir, y sólo desea descansar, le endulzan la vida dándole un buen tazón de chocolate caliente todas las noches. De esta forma, aceleran los procesos de arterosclerosis y el anciano muere, antes de tiempo, por un infarto.

Después de este breve análisis histórico, encontramos que las verdaderas prácticas de la eutanasia propiamente dichas, no eran muy frecuentes en los pueblos antiguos, lo que más bien se observa, son simples actos de homicidio, que no deben confundirse con la eutanasia. Si bien es cierto, que se le daba muerte a algún individuo, con fines eugenésicos, o aún, terapéuticos, para liberarlos de enfermedades incurables o para ahorrarles una dolorosa agonía; no es menos cierto, que los medios empleados eran a menudo demasiado crueles, lo que es totalmente opuesto al verdadero carácter de la muerte piadosa, y sobre todo si se recuerda que se trata de proporcionar una muerte dulce, indolora y carente de sufrimientos de ninguna clase, ya sean físicos o morales. Importantes y acertados son los pensamientos de Epicuro y Seneca, respecto a este tema de la muerte dulce:

"Somos dueños de los dolores, dueños de soportarlos, si son tolerables, y en el caso contrario, dueños de abandonar con un espíritu igual, como abandonamos el teatro, la vida que ya no nos place." (17)

El latino Seneca, sostiene lo mismo, cuando escribe: "Si la vejez logra quebrantar mi inteligencia, si tampoco me deja la vida, sino sólo la existencia, me precipitaría fuera de esta morada arruinada y ruinosa." (18)

La eutanasia en Grecia. (Platón)

Para comenzar con este apartado relativo a la eutanasia en Grecia hablaremos brevemente de Platón que en su obra La República, alaba a Esculapio por haber propuesto la curación de las enfermedades curables y el abandono a su propio destino de los desahuciados. Epicuro, pensaba que debíamos hacer lo posible porque la vida no nos fuera tan odiosa, pero una vez que nos fuera insoportable, debíamos terminarla.

Por lo general, en Grecia era práctica frecuente, que los ciudadanos cansados de la carga del Estado y de la crueldad de la existencia, acudiesen a la Magistratura, exponiendo ante ella las razones en que fundaban su deseo de morir, y si los Magistrados juzgaban suficientes estos motivos, les concedían la autorización para matarse, proporcionándoles el veneno necesario para ello. Tomado textualmente de su obra La República es el siguiente fragmento:

"Cada ciudadano tiene un deber que cumplir en un Estado con leyes justas; nadie tiene derecho de pasar su vida entre enfermedades o entre remedios. Tú establecerás, oh, Glaucón, una disciplina y una jurisprudencia tales en el Estado, que las entendamos, y se limiten a dar atención a los ciudadanos que estén bien constituidos de cuerpo y alma. En cuanto a los que no sean sanos de cuerpo, se los dejará morir....."(19)

La eutanasia en la Edad Media. (Tomás Moro)

Tomás Moro en su celebre obra "La Utopía", afirma su fe en la eutanasia. En su ciudad ideal, solamente existen Tribunales Morales, los Magistrados y los Sacerdotes serán los encargados de presentar, con las mejores maneras, a los incurables y a los que sufren, su obligación de dejarse morir de hambre o durante el sueño cuando hayan llegado a un espectáculo insufrible para los sanos y robustos.

Esta idea de Tomás Moro, nos deja pensar que él, además de ser partidario de la aplicación de los procedimientos eutanásicos, aborda la cuestión del consentimiento del sujeto pasivo, haciendo de éste una condición imprescindible para el empleo legítimo de dichos procedimientos, dándoles pleno alcance como causas de justificación en el supuesto dado. Esto es en palabras o tecnicismos aplicables a la actualidad, y que sentó las bases para el establecimiento de las condiciones bajo las cuales se puede aplicar la eutanasia en los países permitidos, que más adelante revisaremos.

Para aclarar el pensamiento de Tomás Moro a cerca de las ideas de la eutanasia, me permito citar una breve parte de su obra La Utopía:

"A los que padecen algún incurable mal, les hacen compañía platicando con ellos, y se esfuerzan en aliviar su mal en lo posible. Si éste es absolutamente incurable, y en consecuencia el enfermo experimenta terribles sufrimientos, los Sacerdotes y Magistrados exhortan al paciente diciéndole que, puesto que, ya no puede realizar ninguna cosa de provecho en la vida y es una molestia para los demás y un tormento para sí mismo, ya que no hace más que sobrevivir a su propia muerte, no debe alimentar por más tiempo la peste y la infección, ni tolerar el tormento de una vida semejante, y que, por lo tanto, no ha de dudar en morir llenó de esperanza de librarse de una acerba vida cual una cárcel y un suplicio, o en permitir que sean otros quienes le libren de ella. Con la muerte, únicamente pondrá fin no a su felicidad, sino a su propio tormento. Y como ese es el consejo de los Sacerdotes, intérpretes de la voluntad de Dios obra piadosa y santa, será proceder así. Aquellos que son persuadidos, se dejan morir voluntariamente de inanición o se les libra de la vida mientras duermen, sin que se den cuenta de ello. Este fin no es impuesto a nadie, y no dejan de prestarse los mayores cuidados a los que rehúsan hacerlo. Pero saben honrar a los que así abandonan la vida." (20)

Resulta impresionante la opinión del gran estadista británico del siglo XVI, Tomás Moro, que despuntó como precursor de la administración de la eutanasia con salvaguardas legales, que sin lugar a dudas encontró fuerte oposición, pero para los dos siguientes siglos, varios filósofos se unieron a él para enfrentar este reto, entre ellos: John Donne, Decano de la Universidad de San Pablo y David Home.

Francis Bacon, es quien retoma en el siguiente siglo, en términos más humanos, en nombre de los sufrimientos del enfermo y no ya de su utilidad social, la idea de Tomás Moro, y crea el termino "eutanasia" o muerte dulce, diciendo: "Considero que la función del Médico es

devolver la salud y aliviar las penas y dolores, y no sólo cuando ese alivio puede conducir a la curación, sino cuando puede servir para procurar una muerte calma y fácil."

De la cita anterior, se desprende que, Bacon, confiaba a los Médicos la terrible responsabilidad que Tomás Moro, delegaba a los Curas y Magistrados.

1.6 Disposiciones legales existentes que abordan la responsabilidad médica al practicar la muerte piadosa.

Para iniciar el desarrollo del presente tema es necesario hacer un recuento de los códigos penales que de alguna manera tienen contemplada a la muerte piadosa dentro de su marco legal, para, de este punto partir hacia el conocimiento de la actitud que toman las diferentes legislaciones con respecto a la participación de un profesional de la medicina en la ejecución de la muerte piadosa.

En la Edad Moderna y para ser más precisos a principios del pasado siglo el Médico británico, Doctor Charles E. Goddard, publicó un significativo artículo en una muy reconocida revista de medicina, el cual, señalaba que aquellos que no tenían voluntad, ni inteligencia propia, y siendo una carga para sí mismos, y especialmente, para los familiares, y aún, para la sociedad, carecían de un potencial de progreso, y por ello, sus casos deberían ser considerados por un comité de expertos, y una vez convencidos de dicha resolución, harían los arreglos pertinentes, y con el método apropiado, terminarían con tan desafortunada existencia. Con este antecedente se funda en Inglaterra en 1935, la Sociedad para la Eutanasia, que tiene como objetivo primordial, el obtener legislación que autorice la eutanasia voluntaria, bajo determinadas circunstancias. De Inglaterra, esta idea se extiende a otros países y llega a los Estados Unidos de América, donde un Médico de la Universidad de Harvard, es su más ferviente defensor, su nombre es Charles Eliot Norton; y gracias a sus esfuerzos, se logró la aprobación de la primera Ley en pro de la legalización de la eutanasia. En 1937, Nebraska aprueba legislación relativa a la eutanasia, y el 16 de enero de 1938, se crea la Sociedad Americana de Eutanasia, con sede en la ciudad de Nueva York, siendo su propósito: "comenzar una campaña educativa para lograr la aprobación de leyes en las legislaturas de los Estados y en el Congreso". Lo curioso de este caso es que, su fundador no fue un médico, ni un abogado, sino un reverendo, un hombre religioso; este hombre señalaba

que "Jesús bendijo a los misericordiosos y la eutanasia es un acto de misericordia." (21)

Durante la década de los cincuenta se dieron reacciones tanto adversas como favorables a la eutanasia, pero no hubo una gran trascendencia del tema. En los años sesenta, se reconoció la necesidad de más discusión sobre el tema. Las Iglesias se organizaron en Comités a nivel nacional para discutir y estudiar el problema, se publicaron artículos en revistas religiosas, sociales, legales y médicas, el resultado fue, que hubo menos oposición que la existente en los años cincuenta. Para los años setenta, surge el Euthanasia Education Council, que es una organización que ha ejercido una gran presión dentro de los círculos legislativos en los Estados Unidos, para crear legislación acerca de la eutanasia, y han logrado establecer el llamado *testamento vivo o living will*, que consiste en un documento que puede ser firmado por cualquier persona con capacidad para testar, en presencia de dos testigos, en el cual se manifiesta el deseo de no prolongar la vida en caso de contraer una enfermedad terminal, lamentablemente a la fecha no se ha logrado legalizar.

Un avance importante para los defensores de la eutanasia, se dió el 30 de septiembre de 1976, cuando el Gobernador de California, Edmund Brown, firmó una Ley que permite la eutanasia pasiva; bajo esta Ley, los médicos pueden abstenerse de actuar en el proceso de muerte de un paciente, si éste así lo requiere. Sin embargo, es lamentable que en ningún Estado de los que integran la Unión Americana, ni en país alguno, salvo Holanda que es el primero en hacerlo, hasta este momento se haya hecho permisible legalmente la eutanasia activa, que como ya se dijo antes, es aquella que permite actuar directamente para producir la muerte. En muchos países, se han presentado iniciativas de ley en este sentido, pero no han sido aprobadas en ninguno de ellos. Otro destacado evento de los años setenta es la "Primera Conferencia Internacional de Eutanasia", celebrada en Tokio en 1976, donde se aprobó y firmó la famosa Declaración de Tokio, que reconoce el derecho de morir con dignidad.

Códigos que atenúan la pena para el homicidio piadoso. Disposiciones que contemplan el perdón judicial para el homicidio piadoso.

Para iniciar este breve análisis comparativo de las disposiciones relativas al tema de la eutanasia como figura atenuada, es mejor

hacerlo, partiendo de Códigos Penales de Latinoamérica, toda vez, que son los países con quienes se asemejan nuestras condiciones sociales, culturales y económicas, que son las que más influyen en este delicado tema.

Como primer ejemplo, pondremos el Código Penal de Colombia, que en su "Título XV. Delitos contra la vida y la integridad personal", que es el capítulo I; y en su artículo 364, establece: " Si se ha causado el homicidio por piedad, con el fin de acelerar una muerte inminente o de poner fin a graves padecimientos o lesiones corporales, reputados incurables, podrá atenuarse excepcionalmente la pena, cambiarse el presidio por la prisión o arresto y aún aplicarse el Perdón Judicial." En este caso tenemos que una vez realizada la muerte piadosa, ésta es considerada como una atenuante de la pena. Y aunque, no la considere como una excluyente de responsabilidad penal, puede constituir un factor determinante al momento de la imposición de la pena respectiva.

El Código Penal Uruguayo, Título II: De las circunstancias que eximen de pena, Capítulo III, De las causas de impunidad. En el artículo 37, Del homicidio piadoso, señala: "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".

En esta Legislación penal, nuevamente se considera a la Eutanasia como atenuante, y no como una excluyente de responsabilidad, toda vez, que se deben considerar las circunstancias personales del sujeto activo y se atiende a los antecedentes honorables del autor de la eutanasia, circunstancias que se evaluarán para aplicar las atenuantes correspondientes.

Por lo que respecta a los Códigos Penales Latinoamericanos, podemos señalar que, como regla general, no incluyen disposiciones relativas a la Eutanasia, salvo los mencionados anteriormente, que sí consideran especialmente esta materia; y no sólo, lo relativo al suicidio, la participación criminal, circunstancias atenuantes, etc.

En las Legislaciones que siguen este criterio atenuante, las condiciones personales del Sujeto Activo, los móviles de su conducta a los que tanta importancia asigna el Derecho Penal moderno, para la justa imposición de la pena, obligan a considerar a este homicidio como una figura privilegiada, no penada con la misma severidad, que si se tratara de un homicidio común.

Dentro de este tipo de legislaciones, encontramos también el Código Penal Chino de 1935, que en su artículo 290, dispone: "El que mata o ayuda a otra persona a suicidarse, o lo mata a petición de ella o con su consentimiento, será penado con presidio de uno a siete años... y a los efectos de fijar la pena deben tomarse en cuenta los motivos y el fin de la conducta."

El Proyecto de Código Penal Boliviano de 1935, en su artículo 78, también sigue un criterio atenuante al establecer: "Si el agente comete un crimen impelido por motivos de relevante valor social o moral... el Juez puede reducir la pena de un sexto a un tercio."

El Código Penal Italiano, promulgado en 1930, considera al consentimiento de la víctima, como eximente de responsabilidad, y adopta una muy revolucionaria disposición de carácter general, en su artículo 50, que a la letra dice: "No es punible el que lesione o pone en peligro un derecho con el consentimiento de la persona que puede válidamente disponer de él." Y aunque, el homicidio es penado con prisión de 15 años, el artículo citado anteriormente, y aunado a las atenuantes existentes, señaladas en el artículo 62 del mismo cuerpo legal, que tomará en cuenta las condiciones morales y sociales bajo las cuales se llevó a cabo la ejecución de la muerte piadosa, esta conducta será sancionada con una pena muy por debajo del mínimo establecida para el homicidio simple.

El Código Penal Alemán de 1870, reformado el 8 de agosto de 1953, en su artículo 216 dispone: "Aquel que por expresa y seria demanda del que resultó muerto, fue determinado al homicidio, será condenado a prisión de 3 años como mínimo. Si existieren circunstancias atenuantes, la pena de prisión, no será menor de 6 meses." En este precepto lo que se regula es el homicidio consentido, como tipo atenuado dentro del cual, se puede encuadrar el homicidio piadoso. Sin embargo, más adelante en una convención celebrada por una Asociación Médica, se propuso introducir en este artículo una adición que declarara la impunidad del homicidio eutanásico.

La muerte eutanásica en las legislaciones que no la previenen especialmente, queda comprendida en los preceptos referentes al Homicidio a petición o con el consentimiento de la víctima, que en este caso atenuan la penalidad señalada para el homicidio común. Ejemplo de ello son los Códigos Penales de Alemania, Austria, Suiza, Portugal, Hungría, Cuba, Costa Rica y El Salvador.

Las Legislaciones que declaran impune la muerte eutanásica, ya sea, que la consideren como una Causa de Justificación, una causa de inculpabilidad o una excusa absolutoria, encuentran su base jurídica en el consentimiento de la víctima, en la naturaleza del móvil que guía al agente, o en el reconocimiento del fin por parte del Estado.

Como primer ejemplo de este tipo de Legislaciones mencionaremos el Código Penal Ruso de 1922, que una vez derogado el de 1903, quedó vigente. En su artículo 143, expresa que: "El homicidio cometido por compasión, a solicitud del que es muerto, esta exento de pena"; sin embargo, el Código Penal actual, no contiene disposición alguna sobre singular punto. De igual manera ocurre en el proyecto de Código Penal Checoslovaco de 1926, que en su "párrafo 271 inciso 3º, disponía que: Si el delincuente ha dado muerte a otra persona por piedad a fin de acelerar una muerte inevitable y próxima, y librarlo así de crueles dolores causados por un mal incurable, o de otras torturas corporales, contra las que no hay remedio alguno, el Tribunal puede atenuar excepcionalmente la pena o eximir del castigo". Y, en el Código Penal de 1950, tampoco contiene disposición específica relativa a este particular.

Como tercer ejemplo, tenemos el Código Penal Colombiano, que contiene disposiciones en términos generales que son muy completas, pues dispone que para fijar una pena dentro de los límites señalados por la Ley, han de tenerse en cuenta los motivos determinantes, las circunstancias de mayor o menor peligrosidad y la personalidad del agente, y si éste actuó movido por los fines nobles y altruistas. Estas disposiciones bastarían para considerar que el ejercicio de la Eutanasia, es considerado como un homicidio atenuado; sin embargo, específicamente en su artículo 364, establece que: "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 reputados incurables, podrá atenuarse excepcionalmente la pena, cambiarse el presidio por la prisión o arresto, y aún aplicarse el Perdón Judicial." Este precepto sólo será aplicable si concurren ciertos requisitos, que son: Que el procesado no haya sido condenado antes por delito alguno, que tenga buenos antecedentes y que su personalidad, la naturaleza del hecho y los motivos determinantes den al Juez la convicción de que el Sujeto Activo no es socialmente peligroso, y que no volverá a delinquir.

Por su parte, encontramos que los Códigos Penales Griego y Danés, así como, el Proyecto de Código Penal Filipino, presentan un criterio semejante respecto a la Eutanasia. Así tenemos que el Código Penal Griego en su artículo 300, establece: "El que hubiere resuelto y

ejecutado la muerte de otro a petición suya categórica y seria, a causa de su incurable enfermedad, será castigado con prisión", en este caso la duración de dicha pena se encuentra fijada en el artículo 53, que va de 10 días a 5 años. El Proyecto de Código Penal Filipino, en su artículo 193, establece bajo la designación de "Mercy Killing" (Muerte piadosa), que: "El que por compasión o por piedad causare la muerte a otra persona a petición de ésta, para acelerar una muerte inminente o para poner fin a los agudos sufrimientos del paciente debidos a enfermedad fatal e incurable, será reprimido por confinamiento", es decir, pena de privación de la libertad, que durará de uno a seis meses. Y por último, tenemos al Código Penal Danés de 1930, que en sus artículos 239 y 240 sanciona con una pena de prisión que va de una detención simple con una duración de 60 días como mínimo a una de 3 años como máximo, tanto al que auxilia a otro al suicidio por motivos piadosos, como en el caso de homicidio consentido. En estos casos queda indirectamente en manos del Juez la facultad del Perdón Judicial.

Para llegar a la impunidad del homicidio eutanásico las normas legales facultan al Juez para condenar a una pena mínima de privación de la libertad, o bien, consagran el Perdón Judicial. Es necesario aclarar que el término impunidad, se emplea cuando se le otorga el Perdón Judicial al Sujeto Activo de esta conducta, ya que, cuando se le impone una pena mínima de privación de la libertad, se esta hablando de una atenuante.

En Uruguay, su Código Penal vigente desde 1933, considera al Homicidio Piadoso entre las Causas de Impunidad o Excusas Absolutorias, en las que hay delito y hay delincuente pero no hay pena, por razones de política social o de utilidad práctica. En este caso la impunidad no depende del consentimiento, sino, que su fundamento reside en la ausencia de peligrosidad del Sujeto Activo. Al igual que en Colombia, requiere para su aplicación la presencia de ciertos requisitos, que son: "un homicidio, o sea, la muerte ilegítima de una persona causada por otra, que el sujeto activo del delito haya obrado por móviles de piedad y respondiendo a insistentes súplicas de la víctima que desea la muerte, y que, el autor del hecho sea persona de antecedentes intachables y honorables." (22)

En las Legislaciones que no prevén específicamente la muerte piadosa, ni la cometida con el consentimiento de la víctima, la muerte piadosa se regula generalmente con arreglo a las disposiciones existentes relativas al homicidio simple, considerando las condiciones personales del culpable, su peligrosidad, el móvil de la conducta, el grado de parentesco y las circunstancias del hecho. Como ejemplos

tenemos los Códigos Penales de Francia, Bélgica, Inglaterra, Argentina, México, Chile y Venezuela entre otros.

Todos los criterios anteriormente enunciados se fundan en los motivos de particular valor moral y social, la falta de intención de dañar, la proveidad moral, la peligrosidad del autor y la existencia del consentimiento de la víctima.

Después de haber realizado la breve enunciación de los códigos penales de diferentes países, en relación con la muerte piadosa llegamos a la conclusión de que en esta figura no se le da calidad específica al sujeto activo, toda vez que, puede ser cualquier sujeto y no necesariamente debe ser un médico.

El único caso expreso es el de la Ley de California que permite la eutanasia pasiva; bajo esta Ley, los médicos pueden abstenerse de actuar en el proceso de muerte de un paciente, si éste así lo requiere.

Merece especial mención el Código Penal del Estado de México, que en su artículo 249 dice: Se impondrán de seis meses a diez años de prisión y de cincuenta a setecientos días multa al inculpado de homicidio cometido.... Fracción III Por móviles de piedad, mediante súplicas notorias y reiteradas de la víctima, ante la inutilidad de todo auxilio para salvar su vida.

Como podemos ver, se trata de un gran adelanto por parte de los legisladores del Estado de México, pues es de los pocos Estados que contemplan dentro de su legislación local al homicidio por piedad.

NOTAS BIBLIOGRAFICAS DEL PRIMER CAPITULO.

- 1.- Diccionario de ciencias médicas Dorland. Ed. El Ateneo. p: 1047.
- 2.- Harcovet, Grace. Manual Merck de geriatría. Merck & Co. p: 313- 323.
- 3.- Pagán Piñeiro, Regino. La eutanasia como factor atenuante la penología moderna. Puerto Rico. p: 475.
- 4.- Perrín, G. La eutanasia de un delito. UNAM. p: 74.
- 5.- Ziegler, Jean. Los vivos y la muerte. Ed. Siglo XXI. p: 92.
- 6.- Pérez Valera, Víctor. Eutanasia ¿piedad? ¿delito? Ed. Jus. p: 144.
- 7.- Fernández Guardiola, Augusto. Muerte real, eugenesia y eutanasia médica. México. p: 55-58.
- 8.- Pérez Valera. Op. Cit. p: 146.
- 9.- Kauffer, citado por Pérez Valera. Op. Cit. p: 148.
- 10.-Uribe Cualla, Guillermo. Medicina legal y psiquiatría forense Ed. Voluntad. p: 69-74.
- 11.-Coperías M., Enrique. Viaje al fin de la vida. México. p:25-30.
- 12.-Citado por Jiménez de Asúa, Luis. Libertad de amar y derecho a morir. Ed. Losada. p:418.
- 13.-Cuello Calón, Eugenio. El problema penal de la Eutanasia. Ed. Bolsch. p: 129.
- 14.-Citada por Royo-Villanova, Ricardo. El derecho a morir sin dolor. Ed. Marqués de Urquijo. p: 43.
- 15.-Royo-Villanova. Op.Cit. p: 29.

- 16.-Idem. p:30.
- 17.-Barrere, Igor, et al. Dossier confidencial sobre la eutanasia
Ed. Escatón. p: 190.
- 18.-Idem. p: 191.
- 19.-Idem. p: 142.
- 20.-Moro, Tomás. Utopía. Ed. B.A. p: 149-151.
- 21.-Pagán Piñeiro. Op. Cit. p: 467.
- 22.-Fernández Lauria, Nora. Argentina. p: 3-6.

CAPITULO I I.

ASPECTOS MEDICOS Y PSICOLOGICOS DEL PACIENTE TERMINAL.

- 2.1 ESTADO PSICOLOGICO DEL PACIENTE DURANTE LA EVOLUCION DE SU ENFERMEDAD.
- 2.2 LA ASISTENCIA PSICOLOGICA AL ENFERMO TERMINAL.
- 2.3 CONCEPTO DE DOLOR Y DE AGONIA.
- 2.4 LA MUERTE PIADOSA COMO SOLUCION AL DOLOR Y LA AGONIA.

2.1 Estado psicológico del enfermo durante la evolución de su enfermedad.

La cuestión psicológica en el paciente terminal, ha cobrado gran importancia actualmente, tan es así, que diversos autores han afirmado que: "Existe una urgente necesidad de que la sociedad trascienda los niveles de la muerte biológica y cerebral, para reconocer la muerte psicológica." (1) La muerte psicológica es la muerte de un sujeto como persona consciente; generalmente se presenta en pacientes en fase terminal, en la que se les suministran fuertes analgésicos y tranquilizantes para mitigar sus intensos dolores -un ejemplo de ello, son los enfermos de cáncer-, y por ende, permanecen en un estado de inconsciencia.

Para los pacientes con males psicológicos, los problemas comienzan antes de que se hundan en un estado de inconciencia, ya que, cuando es de su conocimiento su diagnóstico, sus conductas y reacciones, pueden variar, pero siempre presentan ansiedad extrema, sentimientos de culpa, delirio y diversos desórdenes neurológicos y metabólicos. Lo que se ha comprobado en este tipo de problemas psicológicos, es que la ansiedad aparece antes de que la enfermedad se desarrolle, o aparezcan los primeros síntomas de ella; y esto es debido a que, así como el cuerpo responde a una enfermedad mortal con ciertas reacciones típicas, por ejemplo, las náuseas, también son típicas las reacciones psicológicas de los pacientes.

Ahora de una manera más clara trataré de exponer cada una de estas etapas con las características e incógnitas que surgen en un paciente terminal donde el sufrimiento que padece puede definirse como dolor total, es decir, el conjunto de un dolor que, además de físico es también social, psíquico y espiritual. Por tanto, el control del dolor en estos pacientes no puede basarse sólo en métodos médicos, sino que deben apoyarse en una asistencia continua de carácter informal, amable y desarrollada en un medio adecuado, que controle o reduzca todos los fenómenos de aislamiento en los que van a encontrarse este tipo de enfermos.

En virtud de lo anterior, la finalidad de este capítulo especialmente dedicado a los aspectos médicos y psicológicos que vive un paciente terminal durante su fase agónica, trata de establecer la mecánica adecuada que debe seguirse junto con el tratamiento exacto cuando la muerte está próxima.

A fines de la década de los cincuenta surge una nueva ciencia, la Tanatología, o tratado sobre la muerte. Es una ciencia multidisciplinar que es enriquecida con los aportes de la Antropología, Sociología, Filosofía, Teología y Psicología. La Psicología en particular, ha descubierto un camino muy interesante al tratar de investigar las etapas por las que pasa el moribundo. En este campo, es pionera la Doctora Elizabeth Kübler-Ross.

De acuerdo a estudios realizados por la -Dra. Kübler-Ross, y publicados en su libro titulado "Muerte y agonía", existen cinco etapas por las cuales atraviesa toda persona que ha sido desahuciada; y éstas, han sido compartidas por la mayoría de los investigadores, uno de ellos es Howard H. Goldman, en su libro "Psiquiatría general." (2)

La primera de las cinco etapas, es la de la negación y aislamiento, y en ella, ocurre que en todos los pacientes se da la negación en cierto grado, y esto tienen como finalidad proteger al organismo de una sobrecarga emocional. Después de ésta, sigue la etapa de la ira, durante la cual, el desahuciado se pregunta: "¿Por qué Yo?", y, la ira, y la desesperación se proyectan hacia todo lo que lo rodea.

A la etapa de la ira, le sigue la del regateo, que se caracteriza porque el enfermo abraza la esperanza de que su vida se prolongue hasta el acontecimiento de algún hecho deseado por él. Posteriormente, se inicia la etapa de la depresión, en la cual, el enfermo se enfrenta a su desoladora realidad, volviéndose introvertido, sumido en una desesperante incomunicación, dando lugar a actos desesperados que culminan en intentos de suicidio. La última de estas cinco etapas, es la de la aceptación o resignación, que consiste en un estado mental, que se ha obtenido después de un pesado proceso emocional, y en el que, se espera el fin, con una esperanza y resignación.

La misma Doctora Kübler-Ross admite que no necesariamente todos pasan por estas etapas, ni todos las padecen en el mismo orden y mucho menos de la misma manera. No existe una muerte igual a otra, ella es como las huellas dactilares: cada uno lleva dentro de sí su propia muerte. (3)

Luego de una mención de las etapas anteriores, es comprensible la ayuda psicológica al desahuciado, con el fin de lograr acompañarlo a cruzarlas, sin que, se sienta solo y sin aliento, con la finalidad de que si desea terminar con su vida, a causa de su enfermedad, no lo haga sumido en un momento de desesperación, sino, consciente de su decisión y sus consecuencias.

En estos casos es frecuente que el paciente terminal solicite que se ponga fin a sus sufrimientos, por ello haremos mención de lo que es la eutanasia voluntaria, siendo aquella en la que el paciente solicita o consiente que se acabe con su sufrimiento, dándole muerte, o bien, que no se le prolongue la vida por medios artificiales. La solicitud o consentimiento del paciente, puede ser anterior a su enfermedad dolorosa e incurable o en el momento de su agonía. En el caso de que la solicitud o consentimiento coincidan con el momento de la agonía, se discutirá su validez psicológica e intelectual. A este respecto Royo Villanova se plantea una inquietud, "¿Podría decirse que está en la integridad de sus facultades mentales el enfermo que reclama la muerte?" (4) Por ello, es necesario que no se deje solo al paciente y sin ningún apoyo moral y psicológico, pues si ha de tomar una decisión tan trascendente debe de estar lo mejor informado acerca de las consecuencias que trae aparejadas el poner fin a su existencia.

2.2 La asistencia psicológica al enfermo terminal.

Antes de iniciar este aspecto en el paciente, debe quedar claro, que es él, quién debe tomar el control y la responsabilidad de su enfermedad; ya que, un error que se comete con demasiada frecuencia, y que es de vital importancia, es el intento de protección al paciente, idea con la que no se le permite responsabilizarse y llevar el control de su enfermedad.

Dos tendencias aún en vigor en la actualidad deben repudiarse: la práctica desenfadada del ensañamiento terapéutico, cruel e inútil, que prolonga la vida a cualquier precio; y también el deseo irresistible del ensañamiento eutanásico, que cede con demasiada facilidad a la desesperación y a la presencia de la muerte. En el paciente terminal, la mayoría de las veces se presenta una ambivalencia de sentimientos, es decir, lo mismo presenta esperanza que desesperanza, miedo que confianza, tristeza que alegría. Durante este proceso de crisis en el paciente, debe permitírsele expresar todos sus sentimientos y afectos, ya que, de esta manera los profesionales en este tipo de ayuda - Psicólogos específicamente- sabrán cual es el método o proceso de ayuda que deberán prestar al paciente, así como, el apoyo que se debe brindar de igual manera a sus familiares.

Para poder elegir mejor la ayuda psicológica que se debe proporcionar al paciente, es necesario conocer las siguientes palabras de

E. Shneidman: "Desde el punto de vista psicosocial, el deber principal de la ayuda al moribundo es concentrar la atención en la persona y no en la bioquímica, o en la patología de los órganos enfermos; por lo tanto, en un ser humano, que es una colmena viviente de emociones, sobre todo ansiedad, lucha por el control, terror, etc. Además, con un moribundo, existe en el cuadro general otro factor, oscuro y omnipresente: el tiempo es limitado. La situación es dramática, diferente de la psicoterapia con una persona físicamente sana, cuando el tiempo parece infinito y no nos preocupa el calendario." (5)

Shneidman, nos pone frente a uno de los más grandes impedimentos, que en muchas ocasiones se presenta, y es el del tiempo; que debido a su escasez, no existe la posibilidad de aplicar una psicoterapia apropiada y proponerle diversas alternativas para el tratamiento de su enfermedad, o el pronto término de ella; es una responsabilidad demasiado fuerte para que el paciente tome la decisión él solo, y sobre todo en un momento de hipersensibilidad, como lo es el de la enfermedad.

Por estas razones, es que, en muchos de los pacientes terminales existe la idea de abandonarse a la muerte, ya que, ello significa el fin de su lucha y de las responsabilidades del vivir personal. Este hecho se puede apreciar con mayor frecuencia en los casos de personas que han sufrido algún accidente, causa de alguna mutilación de uno o varios órganos de su cuerpo, en estas circunstancias, la realidad física de tener un cuerpo destrozado, hace pensar al paciente, que no puede seguir adelante por más tiempo.

En los existentes casos de pacientes que se abandonan a la muerte, se ha encontrado que es necesario, para facilitar el proceso de abandono, un ambiente de asistencia terminal, que tiene como base la Fe Religiosa, y que debe ser ofrecida esta ayuda por el Credo o Religión de que se trate. Pues de esta manera el paciente llegará a experimentar un fuerte sentido de libertad y de confianza; y en este momento, sentirá que no está solo, que alguien lo apoya, le da seguridad y en su partida de una vida en la que ya no puede seguir como antes lo hizo.

El abandonarse a la muerte, es una situación que en muchas de las ocasiones es la mejor solución, para aquellos que sufren de una enfermedad incurable o de algún daño irreversible, toda vez que, liberan a los médicos y en ocasiones a los familiares de la responsabilidad de tomar la decisión sobre el futuro del paciente.

Podemos encontrar una gran diferencia entre la Eutanasia Pasiva y el hecho de abandonarse a la muerte, pues aunque son figuras semejantes que podrían confundirse una con otra, para diferenciarlas basta con pensar, en que, en la Eutanasia Pasiva se le deja de suministrar el tratamiento indicado para su enfermedad o daño, mientras que, cuando una persona decide abandonarse a su muerte, ella misma está asumiendo el total de la responsabilidad, y no la está compartiendo con alguien que la ayude a bien morir, como es el caso de la muerte piadosa.

Para los casos de ayuda psicológica a un enfermo que sabe que su muerte esta próxima, la persona que ofrece este tipo de ayuda debe reunir varios perfiles. Uno de ellos, tal vez, el más importante de los conocimientos que debe tener, es el de como culdar a la persona, más que de la enfermedad que padece el moribundo. De acuerdo al Doctor Francesco Campione, la persona encargada de la asistencia psicológica al enfermo terminal, debe sentir "no como él, sino, con él"(6), pues este es un buen comienzo para elegir adecuadamente la asistencia que se brindará al moribundo, ya que, se trata de entenderlo, y de esta manera es más fácil ayudar a las personas en sus distintas enfermedades.

Una actitud que el personal psicológico debe asumir durante su período de asistencia psicológica al moribundo, no es la de profesional en la materia, sino, la de un ser humano, que junto con el moribundo, tratarán de entender todo lo relacionado con su muerte anunciada, de esta manera, él sentirá que su soledad desaparece, conforme avanza junto con su acompañante en el oscuro camino a la muerte.

La finalidad de la asistencia psicológica personalizada al paciente mortalmente enfermo, como lo dice J. Q. Benoleil "es la de facilitar las oportunidades del moribundo para mantener el control por lo que se refiere a su vida y a su muerte." (7) De la cita anterior podemos destacar algunos puntos importantes, que permiten continuar al moribundo, el llegar a ser parte en las decisiones que van a definir sus últimos momentos de vida; por ejemplo, podrá ser informado acerca de lo que está ocurriendo en torno a su muerte, y así, tendrá la posibilidad de exteriorizar sus emociones y reacciones experimentadas, que nacen del conocimiento de una muerte inevitable.

Es importante hacer notar que no se trata de adaptar al moribundo a un concepto ideal de morir manejado por el Médico que lo atiende, sino, de ponerlo en disposición de que realice sus expectativas, apoyado en los conocimientos del Médico asistencial; y es que, el concepto de la

muerte suele ser concebido de diferentes maneras, como consecuencia de los factores culturales, económicos, religiosos, sociales, entre otros; en los que se desenvuelve cada individuo, y muy pocas veces coinciden los conceptos de uno y otro -médico y paciente- respecto a la muerte y sobre todo al bien morir.

Durante el diagnóstico realizado por el Médico, y al obtener el resultado final, o el conocimiento de la existencia de una enfermedad mortal, surge entre algunos Médicos, y aún, entre los familiares, la interrogante, de si deben o no hacer del conocimiento del enfermo la existencia de dicha enfermedad. Esto parece irónico, pues como puede disponerse de los últimos momentos de vida de una persona, que goza de sus facultades mentales, tal vez, no así de las físicas; pero, como pueden quitarle la posibilidad de decidir como vivir sus últimos momentos o como debe terminar su vida, que ya está próxima a concluir.

Uno de los principales aspectos psicológicos a afrontar en el tratamiento del enfermo terminal se refiere al tiempo de supervivencia. Es necesario convencer a los familiares y personas que rodean al paciente de la inevitabilidad y la naturaleza fisiológica del evento. El tiempo que le resta al paciente debe emplearse en tratamientos médicos paliativos y en otro tipo de asistencia realizada por familiares adecuadamente enseñados. La muerte rápida e imprevista crea en los familiares traumas semejantes a los que ocurren después de una prolongada enfermedad como el cáncer. Esto necesita una información correcta, suministrada en el momento oportuno, para obtener por parte de los familiares una ayuda significativa en el tratamiento del enfermo. La muerte debe explicarse como algo que nos va a suceder a todos, pero sobre lo cual nadie sabe ni el modo, ni la hora exacta.

2.3 Concepto de dolor y de agonía.

En el año de 1936 un distinguido Médico Inglés llamado, Lord Dawson dijo: "Se ha abierto paso gradualmente en la opinión médica, tanto como en la opinión de los Legos, el sentimiento de que uno debiera hacer el acto de morir más gentil y más pacífico, incluso si esto implica acortar la duración de la vida." (8)

Para entender mejor este apartado es necesario recordar la definición de paciente terminal dada en el capítulo I: El paciente terminal no es solamente aquel que está ya en sus últimas etapas, sino,

incluso aquel que está con meses previos a su defunción. El paciente terminal es aquel que sufre una enfermedad incurable y que en un plazo corto progresará a la muerte, este plazo es en ocasiones hasta de 12 meses.

En el territorio nacional, los pacientes terminales que con mayor frecuencia nos encontramos y de acuerdo a estadísticas presentadas por la Asociación Mexicana de Tanatología, A.C., son: "Pacientes con cáncer, entre 36 mil y 50 mil casos; SIDA, entre 3 mil y 4 mil casos; cirrosis hepática, entre 150 mil y 200 mil casos, así como la demencia senil, calculados entre 350 mil y 450 mil casos registrados." (9) De éstos, los que padecen dolores con mayor frecuencia son los pacientes enfermos de cáncer, seguidos de ellos, los que padecen SIDA, y por último, los pacientes de cirrosis hepática, ya que, los pacientes con demencia senil, rara vez llegan a sufrir algún dolor.

Lo anterior es importante para el tema que se trata, toda vez, que de acuerdo a estudios realizados en los Estados Unidos de América y otros países desarrollados, observaron que desafortunadamente el 25%, y en ocasiones hasta el 80% de los pacientes mueren sin que su dolor haya sido tratado con el medicamento adecuado. De acuerdo a estas cifras, es necesario que los esfuerzos que se realicen, estén encaminados a proporcionar la mejor calidad de vida, y si esto, no es posible, entonces, se debe de tratar de acortar ese sufrimiento innecesario, toda vez, que la muerte llegará. De todo esto, surge la pregunta ¿qué es el dolor? Por ello, es necesario dar una definición del mismo para mejor entendimiento del tema:

"El dolor es un síntoma que se manifiesta por una sensación física desagradable y localizada, provocada por múltiples estímulos, que conducidos por las vías nerviosas específicas, llegan a la corteza cerebral, donde se hace conciente tal sensación." (10)

Partiendo del concepto anterior es que deviene la necesidad de conocer también el concepto de la agonía, toda vez que son conceptos fundamentales para nuestra investigación:

"La agonía es el estado de dolor intenso o sufrimiento extremo, que precede a la muerte cuando ésta sobreviene de manera lenta y tortuosa." (11)

Los pacientes sienten el dolor de modo distinto según que existan factores como fatiga, insomnio, ansiedad, depresión y náuseas, por lo que el tratamiento debe prestar también atención a dichos aspectos. Al

elegir un analgésico debe tenerse en cuenta la causa del dolor, pues algunos tipos de dolor responden mejor a determinados tratamientos. El concepto más importante en el control del dolor es el mantenimiento del nivel analgésico mediante la administración de dosis pautadas. El control del dolor una vez que ha reaparecido es más difícil, pues la recurrencia exige la administración de una mayor dosis de analgésico en el mismo tiempo.

Ahora bien, el dolor produce un intenso sufrimiento tanto en el paciente como en los familiares que lo atienden y en el personal de salud; porque, el sólo hecho de escuchar sus quejidos y mirar su semblante, cada vez más desmejorado, provoca una enorme tensión en todas las personas que lo rodean. El sufrimiento provocado por el dolor, es también existencial, porque la persona que tiene un dolor tan intenso, vive un martirio, un infierno, eso no es vida. Y es que, esta persona, además de sufrir su propio dolor, esta consciente del sufrimiento que causa su dolor en las personas que por amor - o por cualquier otra causa - no la pueden dejar sola.

Tomando como base el alto índice de intentos de suicidio, provocado por dolores intensos en los pacientes, un grupo de Médicos se reunió en la sesión de la Organización Mundial de la Salud, en Génova, y decidieron establecer políticas que debían difundirse a todo el mundo, para atender a los pacientes terminales que tuviesen dolor, e indicaron que se difundiera y se insistiera ante el personal médico y ante el público en general, que existen medicamentos que quitan el dolor y permiten que el paciente terminal muera con dignidad.

Por ignorancia o prejuicio se intenta desconocer el papel fundamental que incumbe a las unidades de cuidados paliativos o centros de ayuda a los moribundos. Estos lugares se distinguen por tres rasgos esenciales:

1) El control del dolor físico y moral.

El ideal, o más bien el mal menor consiste en vivir los últimos instantes de la existencia, con tanta lucidez, comodidad y dignidad como sea posible. Es importante ante todo impedir que el paciente sufra, ya que si bien es cierto que en algunos casos el dolor engrandece al sujeto, lo más frecuente es que lo degrade, lo deprima y le dé una mala imagen de sí mismo, además es insoportable para los familiares y amigos.

En este tipo de centros hospitalarios, se dice que aún con el cáncer más avanzado, si el paciente da su consentimiento, participa y mantiene

una calma relativa, recurriendo a la morfina e incluso heroína administradas cada cuatro horas por vía oral, en forma de jarabe o de comprimidos de efecto prolongado, se sigue con una probabilidad casi total de éxito, prevenir y suprimir el dolor, impedir su recuerdo y el temor de que reaparezca.

Y ello sin provocar somnolencia, sin alterar lo que es esencial, como la capacidad de comunicación del enfermo, e incluso sin suscitar un sentimiento de insuficiencia vinculado a la intoxicación. Así se logra una verdadera progresión analgésica que va de los no opiáceos (como la aspirina y el paracetamol) a los opiáceos suaves (codeína, dihidrocodeína) y a los opiáceos fuertes (morfina, heroína). (12)

También debe hacerse todo lo posible para asegurar al paciente un máximo de comodidad. Los principales objetivos que se persiguen son tres:

a) Impedir la angustia y el insomnio con ayuda de ansiolíticos (valium, transene) o de ciertos carbamatos (equanil) y en los casos más graves de antidepresivos con efecto sedante y ansiolítico (laroxil).

b) Aliviar o suprimir la obstrucción faringotraqueal, uno de los síntomas más penosos y angustiantes: aspiración por medio de intubación de la tráquea; empleo de atropina, e incluso de corticoides que disminuyen la secreción bronquial.

c) Combatir eficazmente el estreñimiento, las náuseas, deshidratación y vómitos, la disnea, la tos, etc. (13)

2) El acompañamiento de los moribundos.

La relación entre el personal asistencial y el paciente asistido es una de las más difíciles sobre todo en el hospital y cuando sobreviene la muerte. El médico no tolera el fallecimiento inminente de su enfermo porque pone de manifiesto el fracaso de su terapia y lo hace pensar en su propia muerte. Ahora bien, más que al dolor, lo que al moribundo le aqueja es ese abandono tan frecuente en las instituciones en que se muere en nuestros días.

3) Decir la verdad al moribundo.

El problema de decir la verdad al enfermo, sobre todo si está condenado, es complejo. Supone dos cosas: por una parte, que el médico conozca esa verdad con una certidumbre casi absoluta; por otra,

que el paciente sea capaz de oír y de sacar provecho de ella, por ejemplo, arreglando sus asuntos y preparándose para morir con dignidad.

En la práctica se trata más de una información que de una verdad, información que no debe ni ocultarse, ni revelarse con brutalidad. La regla fundamental es que se tengan presentes las expectativas del paciente, expectativas que pueden variar tanto como su situación biológica y psicológica. (14)

A menudo resulta difícil la práctica de una adecuada información por parte del médico al enfermo oncológico a causa de numerosos prejuicios culturales que giran en torno a la palabra muerte. Hoy todavía es frecuente ocultar completamente al enfermo que padece o, en todo caso, enmascararlo con una serie de mentiras. Ahora bien, la mayor parte de los casos, una actitud semejante no sólo es equivocada sino dañina, ya que no permite la instauración entre médico y paciente de la necesaria relación de colaboración. Por ejemplo, la enfermedad neoplásica, se acompaña instintivamente de la idea de muerte inevitable como resultado final de toda una serie de tentativas terapéuticas consideradas como de eficacia relativa y ligadas a la imagen del dolor físico.

En una sociedad como la actual, en la cual sólo es importante el que produce, el enfermo de cáncer puede convertirse fácilmente en un marginado porque es considerado, sin razón, inútil e improductivo. Para modificar el entorno de renuncia que el ambiente social, familiar e incluso médico tiende a desarrollar alrededor de la enfermedad neoplásica, es necesario examinar los modelos de comportamiento que la han caracterizado. Este intento no es fácil, y compromete a numerosas fuerzas, puesto que el problema no presenta aspectos de carácter médico sino también éticos, sociopsicológicos, religiosos y legales.

Como hemos visto a lo largo del presente trabajo, es competencia del médico la delicada tarea de informar al paciente sobre su situación clínica y responder a sus inevitables preguntas. Para el médico que trata pacientes de cáncer, el dilema de decir o no la verdad al paciente es una contingencia casi diaria. Son muchos los motivos que sugieren informar al paciente sobre el estado de su enfermedad, de acuerdo a su personalidad e historia vital. Estos motivos se pueden sintetizar del siguiente modo:

- a) Cada individuo, en tanto que es persona inteligente y por ello dotada de capacidad, de entendimiento y de voluntad, tiene el derecho de conocer lo que ha sucedido y sucederá en su organismo a causa de la enfermedad;
- b) El enfermo de cáncer debe tener la posibilidad de reorganizar su vida interior y de relación de la manera más conveniente a su nuevo estado de salud;
- c) Acercar al paciente al diagnóstico significa mejorar su participación en las diversas fases diagnósticas y en las fases terapéuticas sucesivas. (15)

En relación a lo citado anteriormente, es posible establecer algunos puntos que nos ayuden en la elección del modo con que afrontar la forma de conducir la información al paciente. En algunos países, como por ejemplo Estados Unidos, es habitual revelar completamente la verdad al paciente y explicarle con detalle las probabilidades estadísticas de curación que se derivan de las alternativas terapéuticas existentes en cada caso. Por el contrario, muchos otros médicos prefieren mentir totalmente sobre la naturaleza de la enfermedad, y su evolución. Sin duda, lo mejor es una posición intermedia entre estas dos posiciones extremas. La verdad o el grado de verdad que el médico elige comunicar al paciente surgirá de la consideración de algunos elementos, como por ejemplo:

- la capacidad de tolerancia psicológica individual;
- las condiciones culturales o nivel de vida social;
- las posibilidades de curación de la enfermedad;
- la fase en la que se encuentra la enfermedad;
- las posibilidades de colaboración con la familia.

Con respecto a la familia, no puede estar exenta de una adecuada información sobre la naturaleza y desarrollo de la enfermedad del paciente. Es deber del médico que atiende al enfermo establecer un adecuado nivel de comunicación con el núcleo familiar del paciente, para que éste pueda serle de ayuda en la realización del programa terapéutico y pueda asistirlo en los momentos más críticos. Puesto que el cáncer es una enfermedad que implica a toda la familia, es justo que el proceso de información considere a cada uno de sus miembros.

Para tal fin, podrán ser útiles encuentros con grupos de familias que hayan vivido experiencias análogas, discusiones constructivas con expertos que trabajen en el campo psicológico y sanitario y una amplia

colaboración con el equipo médico que tiene a su cuidado al enfermo. De este modo, la familia logrará aceptar tanto la enfermedad como al enfermo, sin abandonarse a sentimientos de rechazo o de resignación pasiva.

2.4 La Muerte Piadosa como solución al dolor y la agonía.

Comenta Royo-Villanova en su obra *El derecho a morir sin dolor*, que: "Desde los tiempos más remotos, casi desde sus orígenes, el hombre ha sentido siempre los horrores a la vida impotente, sin salud, transido de sufrimientos, y ha procurado siempre, por piedad y compasión, librar a sus semejantes de ella anticipándose al dolor seguro." (16)

La preocupación principal de la mayoría de los pacientes que reconocen el avance irreversible de su enfermedad, estriba en saber si serán capaces de tolerar las incomodidades físicas y psíquicas que el hecho de ir muriendo les puede producir, sin perder su dignidad. Es importante la aceptación del médico sobre el conocimiento del paciente y de su destino fatal. Ser capaz de escuchar y responder a las manifestaciones del paciente acerca de la prontitud de su muerte no es fácil, especialmente para los médicos jóvenes, pero sin embargo, es de gran utilidad ayudar psicológicamente a entender el verdadero significado de nuestra existencia y aceptar que la muerte es un hecho tan natural en la vida del hombre como su propio nacimiento y que lo único que se trata es ayudarlo a evitar una larga agonía ante un hecho que por su misma naturaleza es inevitable.

Hasta ahora los moralistas respondían que no se está obligado nunca al uso de medios extraordinarios. Hoy en cambio, tal respuesta, siempre válida en principio, puede parecer tal vez menos clara tanto por la imprecisión del término, como por los rápidos progresos de la terapia. Debido a esto algunos prefieren hablar de medios proporcionados y desproporcionados.

En cada caso, se podrán valorar bien los medios poniendo en comparación el tipo de terapia, el grado de dificultad y de riesgo que implica, los gastos necesarios y las posibilidades de aplicación con el resultado que se pueda esperar de todo ello, teniendo en cuenta las condiciones del enfermo y sus fuerzas físicas y morales. Para facilitar la aplicación de estos principios generales se puede añadir lo siguiente:

- A falta de otros remedios, es lícito recurrir, con el consentimiento del enfermo, a los medios puestos a disposición por la medicina más avanzada, aunque estén aún en fase experimental y no estén libres de todo riesgo.

- Es también lícito interrumpir la aplicación de tales medios cuando los resultados defraudan las esperanzas puestos en ellos. Pero al tomar tal decisión, deberá tomarse en cuenta el justo deseo del enfermo y de sus familiares, así como el parecer de médicos verdaderamente competentes, éstos podrán, dejar sin lugar a duda, juzgar mejor que cualquier otra persona, si el empleo de instrumentos y personal es desproporcionado a los resultados previsibles, y si las técnicas empleadas imponen al paciente sufrimientos y molestias mayores que los beneficios que se pueden obtener de los mismos.

-Es siempre lícito contentarse con los medios normales que la medicina puede ofrecer. No se puede, por lo tanto, imponer a nadie la obligación de recurrir a un tipo de cura que aunque ya esté en uso, todavía no está libre de peligro o es demasiado costoso. Su rechazo no equivale al suicidio, significa más bien, la simple aceptación de la condición humana o deseo de evitar la puesta en práctica de un dispositivo médico desproporcionado a los resultados que se podrían esperar, o bien una voluntad de no imponer gastos excesivamente pesados a la familia o a la colectividad.

-Ante la inminencia de una muerte inevitable, a pesar de los medios empleados es lícito en conciencia tomar la decisión de renunciar a unos tratamientos que procurarían únicamente una prolongación precaria y penosa de la existencia sin interrumpir sin embargo las curas normales debidas al enfermo en casos similares. Por esto, el médico no tiene motivo de angustia, como si no hubiera prestado asistencia a una persona en peligro.

-El médico siempre debe respetar la decisión del enfermo o de sus parientes más próximos, en cuanto a la utilización o no de los medios extraordinarios para prolongar la vida del enfermo.

En lo personal considero que la muerte es un hecho contenido en potencia por la propia naturaleza, pues el hombre es un ser mortal. Es cierto que la ley natural le concede el derecho y el deber a la vida, que es derecho y deber de luchar contra la muerte. Pero cuando la naturaleza humana cumple de manera natural o por accidente el ciclo vital del hombre, llega un momento en que hay que aceptar la muerte como se aceptó la vida, pues ni una ni otra son elementos extraños al

ser humano; la mortalidad es característica propia de todo ser vivo. Llega un momento en que el hombre tiene el deber de aceptar la muerte y el derecho, ante los demás de morir su propia muerte. Y una señal clara de ese momento puede ser la extrema vejez.

Existió una reglamentación que, hasta parece que consideraba obligatoria la eutanasia. Sin embargo, la gente honesta no tenía el derecho de beneficiarse con ella. La ley no estaba prevista para ellos.

Se trata de un Código de Justicia Militar, que preveía que, cuando se fusila a alguien, el pelotón de doce hombres encargados de la ejecución, bajo las ordenes de un suboficial, recibieran un total de doce fusiles, de los cuales uno, estaba cargado con cartuchos de verdad. El traidor con los ojos vendados es atado al poste, de frente o de espalda. Se ordena el fuego; el condenado puede no haber sido mortalmente herido, entonces, el suboficial avanza con el revólver con el que está armado, para darle en la cabeza el tiro de gracia. Así es que el condenado se beneficia de la eutanasia legal, con ese tiro de gracia que acorta su agonía. Pero para beneficiarse con este favor hay que ser un traidor, es decir, el último de los canallas. Un pobre canceroso, que sufre un martirio, no tiene derecho a ser rematado; tiene que expiar, en su agonía atroz, faltas que no ha cometido.

Se condena con la pena de muerte a personas que no pedirían otra cosa que vivir, aún en una prisión. Entonces ¿por qué no matar en forma dulce a los que ya están condenados por un mal que sólo retrasará esa muerte?

La muerte se convierte en el último recurso frente al sufrimiento, cuando científicamente está probado que el enfermo no tiene salvación, cuando experimenta dolores intolerables y cuando su enfermedad es incurable. Esto debería obligar a pensar en el derecho que debe ser el poder invocar la muerte dulce como solución a una insoportable agonía, que trae consigo una dura e interminable serie de dolores innecesarios.

NOTAS BIBLIOGRAFICAS DEL SEGUNDO CAPITULO.

- 1.- Arzac P., Pedro. Revista mexicana de tanatología. México. p: 24.
- 2.- Citado por Arzac P. Op. Cit. p: 92.
- 3.- Pérez Valera, Víctor. Eutanasia ¿piedad? ¿delito? Ed. Jus. p: 180.
- 4.- Royo-Villanova, Ricardo. El derecho a morir sin dolor. Ed. Marqués de Urquijo. p: 47.
- 5.- Citado por Campione, Francesco. Revista mexicana de tanatología. p: 35.
- 6.- Campione, Francesco. Op.Cit. p: 58.
- 7.- Citado por Campione, Francesco. Op. Cit. p: 59.
- 8.- Citado por Farrell, Martín Diego. La ética del aborto y la ética de la eutanasia. Ed. Abeledo Berrot. p: 111.
- 9.- Arzac P., Pedro. Op. Cit. p: 5
- 10.-Diccionario de ciencias médicas Dorland. Ed. El Ateneo. p: 401.
- 11.-Idem. p: 56.
- 12.-Bonnadonna, Gianni. Valoración de la respuesta terapéutica. Ed. Nueva York. p: 315-319.
- 13.-Idem. p: 320.
- 14.-Idem. p: 322.
- 15.-Strada, Rosa, et al. Como informar al paciente neoplásico. México. p: 319-323.
- 16.-Royo-Villanova. Op.Cit. p: 89.

CAPITULO I I I

REPERCUSIONES EN LOS AMBITOS FAMILIAR Y SOCIAL DE LA PERMISION A LOS MEDICOS DE SUSPENDER EL TRATAMIENTO A UN ENFERMO TERMINAL.

- 3.1 REPERCUSIONES FAMILIARES.
- 3.2 AFECTACION AL AMBITO SOCIAL POR LA PERMISION AL MEDICO PARA SUSPENDER EL TRATAMIENTO A ENFERMO TERMINAL.
- 3.3 CONSIDERACIONES TEOLOGICAS ACERCA DE LA MUERTE PIADOSA.
- 3.4 EL DERECHO A TENER UNA MUERTE DIGNA.

3.1 Repercusiones familiares.

Cuando se habla de una enfermedad terminal o de algún daño irreversible, se habla de una muerte inminente, y este enfrentamiento, no es sólo para el que sufre de dicha enfermedad o daño irreversible, sino también para su familia. Es por ello que ambos entran en una terrible crisis, porque el desahuciado se enfrentará a su propia muerte, mientras que la familia tendrá enfrente la inevitable situación de la pérdida de uno de sus integrantes, por lo que, ésta ya no será la misma, y tendrá de igual manera que hacer frente a una serie de cambios que generalmente, llegan de improviso.

La presencia de la muerte de un miembro de la familia provoca inevitablemente un desequilibrio, un desajuste en ella, porque con esta situación llegan cambios en las relaciones de la familia. Es por esto, que es muy importante la orientación y ayuda que se le brinde. Como es notable, la presencia de una enfermedad terminal impone un gran peso a todas las personas relacionadas con el paciente desahuciado. Por ello, la tarea del Médico se extiende más allá de la exclusiva atención al paciente, ya que, debe preocuparse por los familiares y amistades, para ayudarlos a adaptarse a la pérdida de un ser querido. Aparte de lo anterior, la enfermedad terminal produce cambios importantes en la estructura familiar, pues debe hacerse frente a la soledad, remordimientos, miedos, etc.

El maestro Quiroz Cuarón hace una alusión a las graves implicaciones que tiene para los familiares de los sujetos que están en fase terminal, que desarrollan una actitud emocional que no guarda relación objetiva con el verdadero estado del sujeto descerebrado, situación que tiene extraordinaria importancia desde el punto de vista legal. De lo anterior se desprende que, puede ocurrir que la decisión en pro de la eutanasia tuviera motores económicos, o bien, estéticos: evitar el horror de la experiencia, no ya del sufrimiento del enfermo, sino de su aspecto, de su impacto en quienes lo rodean.

La profesión médica protege no sólo la salud física de los pacientes, sino también la mental, a quienes considera como seres humanos con dignidad propia y criterio para decidir -en ciertos casos- sobre su problema y no solamente el enfermo, sino, también su familia, quién conjuntamente con él sufre las consecuencias de un problema sin solución.

En estos casos de muerte piadosa, el crimen es indiscutible, pero también lo son las circunstancias atenuantes; tan atenuantes, que en

límite borran el crimen, llegan a invertirlo, hacen de él un acto de abnegación. ¿Puede un ser humano, en ciertas circunstancias particulares ser investido con el derecho, con el deber terrible de acortar la vida de otro ser humano? La razón dice no, pero el corazón dice sí. Hay miles de personas que han encontrado en su camino este drama inhumano, sobrehumano, de la muerte suave y han quedado marcados por ello.

Algunos enfermos terminales piden morir, no sólo para aliviar los sufrimientos propios, sino también los de sus familiares. Un ejemplo de ello es el siguiente testimonio: "Desde hace treinta años sufro horriblemente, me han operado veintidos veces de la cabeza, desdichada asmática, veinticinco años sin dormir para atenuar mis sufrimientos. El doctor me había recetado morfina durante cinco años, sufría menos desintoxicada, desde hace dieciocho meses mis sufrimientos son aún más terribles que antes. Ya no tengo idea de la morfina, ya no se que hacer. Ya no me mantengo de pie, no puedo permanecer sentada, ni acostada. No puedo aguantar más esta vida; le pido al doctor que me libere. Él le responde que no tiene el derecho. Le ruego al Señor para que intervengan los médicos y puedan aliviar a los incurables, ya que se trata de un acto de liberación tanto para mi familia como para mí, que estoy desesperada." (1)

La opinión de los familiares de los enfermos está muy dividida. De acuerdo a los casos recogidos de quienes han visto agonizar a un ser querido en medio de sufrimientos intolerables. Algunos tuvieron el coraje de dar la última inyección, pero no todos han soportado de la misma manera las consecuencias morales de su acto. Otros se han negado a acceder al ruego del moribundo; pero entre éstos, algunos se reprocharán toda la vida esta abstención.

3.2 Afectación al ámbito social por la permisión al médico para suspender el tratamiento a un enfermo terminal.

Médicos tan eminentes como el Doctor Ignacio Chávez, afirman que quizá en tales casos, la conciencia del médico no sufra, sabiendo que con su acto sólo ha buscado aliviar de dolores y de angustia a un hombre condenado a muerte.

En años anteriores, se ha planteado que, en relación a la reanimación, la muerte está virtualmente presente, pero unos medios artificiales permiten mantener por tiempo indefinido una vida

vegetativa, sin que esta situación permita restituir la salud; en consecuencia, no hay culpa moral en el médico en interrumpir, por una causa proporcionada, la práctica de una reanimación que había empezado. Además, en la eutanasia no hay la intención culpable de matar, de dar muerte animus necandi en un sentido criminal, sino que se trata de un acto altruista, bienhechor y caritativo en el sentido humano; la intención es la de aliviar, la de facilitar una muerte inminente y, en todo caso, tenida por muy próxima e inevitable, para abreviar los sufrimientos que la rodean, para socorrer al enfermo, hacer su fin más humano, más compasivo, ayudarlo a extinguirse dulcemente.

Quando hablamos de aplicación de eutanasia omisiva o eutanasia pasiva, la omisión ha de ser consciente, con la intención de no prolongar la vida y dolores, pues en hipótesis de descuido o impericia nos hallamos ante modalidades culposas; por lo tanto, encontramos que matar es distinto que dejar morir.

Quando la intervención del médico no consiga la curación del enfermo, que ya se encuentra más allá de las posibilidades humanas, y muy lejos de aliviarle, no puede proporcionarle mas que una capacidad de sufrir más intensamente, cuando sólo a este precio hay posibilidad de prolongar la vida, no puede afirmarse en aquél el deber de alargar estas penosas existencias, toda vez que, mantener una supervivencia con medios tan artificiales, se convierte en un acto contrario a la ley natural.

Presencia de la Ética médica.

Como ya se ha notado, la eutanasia no sólo es un problema de los Médicos y de los Abogados, actualmente, involucra también a los sociólogos, psicólogos, teólogos, etc. Pero el primero que se tiene que enfrentar a ella es el Médico, y esto es, como consecuencia de que son ellos quienes conocen antes que nadie el diagnóstico del enfermo.

Entrando al problema ético de la práctica de la muerte piadosa, encontramos que desde un principio, es decir, desde la formación del estudiante de la Carrera de Medicina, no se les dan a éstos, orientaciones ético-morales, un ejemplo de ello es el acontecido en Alemania, en donde se realizó una encuesta entre los estudiantes de dicha carrera, por el grupo de trabajo e investigaciones universitarias de Constanza, que se llevó a cabo en el semestre de invierno de 1984-85, en la que participaron 10 mil estudiantes, el resultado de la encuesta concluyó que tres cuartas partes de los futuros médicos encuestados,

consideran que sus estudios son demasiado técnicos y carecen, como ya se mencionó, de una valiosa orientación ético-moral. (2)

Para la aplicación de la eutanasia, pensemos en que el paciente y el médico coinciden en las siguientes circunstancias de hecho: El paciente está gravemente enfermo; su enfermedad es incurable; el paciente está sujeto a un gran dolor; es prácticamente imposible aliviarlo de ese dolor, a través de tratamiento médico; la interrupción del tratamiento suministrado para combatir la enfermedad, ocasionaría al paciente una larga y más dolorosa agonía; el paciente es adulto y se encuentra en completa posesión de sus facultades mentales; el paciente requiere al Médico para que ponga fin a su vida de manera indolora.

En el caso de que el Médico en cuestión, tenga fuertes convicciones religiosas o sus principios morales pueden estar íntimamente vinculados a su religión, la cual le ha mostrado la eutanasia como muerte provocada, y no como, una liberación del dolor; el Médico estaría en medio de una intolerable tensión, entre su deber y sus principios ético-morales. En estos casos, según una muy personal opinión, no debe obligársele a un médico, sino, facultarlo, para que tome la decisión más acertada, de acuerdo a su formación ético-moral. En cualquier caso, sería aconsejable que se exija la opinión de cuando menos dos Médicos, para poder practicar la muerte piadosa, y esto sería en cada caso en particular. Por otro lado, el juramento de Hipócrates no parece haya de ser considerado como la expresión de un código ético, sino más bien, como la expresión de un código moral.

Algunos Médicos explican que existen estupefacientes que calman los dolores pero que intoxican al enfermo y, por lo tanto, acortan su existencia. Es por ello que, se espera el calmante ideal, no tóxico, que mitigue el dolor, sin disminuir sus facultades mentales. Estos Médicos curan enfermos en suspenso, muertos en vida cuyo corazón aún late, pero cuyo cerebro ya no funciona. Respiran sólo gracias a máquinas complejas que representan una pequeña fortuna, y de las que los hospitales no poseen más que un número reducido. En casos de emergencia, por ejemplo, una epidemia de poliomiéлитis, estas máquinas representan, para otros enfermos, la curación casi total, o en todo caso una vida real, consciente y plena. Surge entonces una terrible pregunta: ¿Cuánto tiempo se debe dejar vivir a esos seres descerebrados, apenas humanos, si paralizan un servicio, bloquean un personal especializado y ocupan un equipo que podría salvar otras vidas humanas? Además, ¿no tiene todo ser humano derecho a una muerte dulce y tranquila?

3.3 Consideraciones teológicas acerca de la muerte piadosa.

En la Ética de cualquier país y de cualquier religión, y entre ellas la católica, existe una evolución a lo largo de la historia. Tal es el caso, en el ámbito de la ética católica, que, ya los primeros Padres, recibieron y adoptaron las principales doctrinas éticas de los Estoicos: "Las doctrinas del Derecho Natural, de la conciencia, de la obligación, de las virtudes, de los pecados, etc." (3)

Especialistas en Teología como Dionisio Manso, López Azpitarte, entre otros, han admitido la autonomía humana para tomar las decisiones importantes, como lo es el derecho de morir con dignidad, que se justificará cuando esté fundado en un criterio éticamente válido. Algunos tratadistas como F. J. Elizari, H. A. Nielsen y E. Slater (4), afirman la licitud en ciertos supuestos del homicidio altruista o eutanasia, basados no solamente en la autonomía de la libertad humana para culminar con la propia vida, sino, sobre todo, fundándolo también en el valor del servicio y solidaridad con el Próximo.

Para tratar de manera adecuada el problema de la muerte piadosa conviene precisar su significado. Y debemos entender, por ella, una acción o una omisión que por su naturaleza, o en la intención, causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor. A este respecto el dolor prolongado e insoportable, razones de tipo afectivo u otros motivos diversos, pueden inducir a alguien a pensar que puede legítimamente pedir la muerte o procurarla a otros. Aunque en casos de este género, la responsabilidad personal pueda estar disminuida o incluso no existir.

Debemos tomar en cuenta que existen ocasiones en que, el sentido de la vida humana ya no se puede evocar, pero sí el sentido de la dignidad de la muerte, sin embargo, El Vaticano no parece entenderlo así; y es por ello, que algunas Universidades Católicas, han decidido hacer caso omiso a los comunicados emitidos por dicha Autoridad Eclesiástica, entre dichas Universidades podemos mencionar a las de: "Lovalna, Nimega y Lille, que han denunciado públicamente la actitud autoritaria y nada dialogante de la mencionada autoridad." (5)

Los derechos y valores inherentes a la persona humana ocupan un puesto importante en la problemática contemporánea. A este respecto, el Concilio Ecuménico Vaticano II ha reafirmado solemnemente la dignidad excelente de la persona humana y de modo particular su derecho a la vida. Por ello ha denunciado los crímenes contra la vida, como el homicidio de cualquier clase, genocidios, aborto, eutanasia y el mismo suicidio deliberado.

A pesar de lo anterior, encontramos pensamientos de algunos Eclesiásticos inclinados en favor de la práctica de la muerte piadosa. Por ejemplo, en 1958, Pío XII, afirma: "Moralmente uno está obligado a utilizar sólo medios ordinarios según las circunstancias de personas, lugar, tiempo y cultura, esto es, medios que no impliquen grandes cargas para uno mismo o para otros." (6) Interpretando lo anterior, se entiende que, si el continuar viviendo implica para el enfermo y para sus familiares, o para otros, grandes cargas, nadie está obligado a usar esos medios para seguir viviendo.

Es conveniente recordar una declaración de Pío XII que conserva aún toda su validez. "Un grupo de médicos le planteó la siguiente pregunta: ¿La supresión del dolor y de la conciencia por medio de narcóticos, está permitida al médico y al paciente por la religión y la moral (incluso cuando la muerte se aproxima o cuando se prevé que el uso de narcóticos abreviará la vida)? El Papa respondió: si no hay otros medios y si, en tales circunstancias, ello no impide el cumplimiento de otros deberes religiosos y morales: Si." (7) A continuación añadió Pío XII que las diversas formas de tratamiento como el llamado pulmón artificial sobrepasan los medios ordinarios a los que se está obligado a recurrir, no se puede sostener que sea obligatorio emplearlos. Por otra parte, dijo el Papa, si la lesión del cerebro es tan grave que el paciente, no puede sobrevivir, el anestesiólogo se plantea la cuestión angustiosa del valor y del sentido de las maniobras de reanimación.

La situación es todavía más delicada si la familia se opone a la utilización de estos medios extraordinarios al darse cuenta de que sólo la respiración artificial automática mantiene en vida al enfermo. Pío XII afirmó que en estos casos es lícito suprimir el empleo de este procedimiento artificial. Ahora bien, la Doctrina tradicional de la Iglesia Católica respecto a la muerte piadosa, nos aclara el camino a seguir en el siglo XVII cuando el Cardenal Juan de Lugo "considera no necesario el uso de medios artificiales, ni extraordinarios para continuar la vida." (8)

De acuerdo a lo establecido en la Declaración de la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe, llevada a cabo el 5 de mayo de 1980, que maneja un concepto de la eutanasia, y que además, de ello expresa tajantes condenas a su práctica, al momento de explicar su postura, expone argumentos y consideraciones que permiten obtener conclusiones no tan tajantes, e incluso permisivas para la realización de la muerte con dignidad.

Hoy en día y basándonos en el contenido de la Declaración antes mencionada, entendemos que el centro de la discusión ha cambiado,

pues tradicionalmente se condenaba la ejecución de los actos inmorales, que era la práctica de la muerte piadosa, y actualmente, se ha llegado a realizar una exhortación encaminada a conseguir que se proporcione un cuidado suficiente que haga innecesaria la petición del auxilio para llegar a una muerte más pronta y con el mínimo de dolor.

Por otro lado, en otras religiones distintas del catolicismo, encontramos que en Francia, alrededor de 500 religiosos, pastores protestantes y rabinos, elevaron una petición al Ministerio de Sanidad de ese País, para que se legislara favorablemente sobre la muerte piadosa, a fin de que los Médicos quedaran autorizados para poner termino a la vida de cualquier individuo a requerimiento del mismo, si fuese atacado por una enfermedad incurable, acompañada de grandes sufrimientos. Sin embargo, La Academia de Ciencias Morales y Políticas de París, desaprobó la práctica de la muerte piadosa, aunque se realizara a petición del paciente.

La Santa Sede como es de suponerse, fundamentando sus argumentos en los Mandamientos Divinos y Absolutos, y principalmente en el de "No Matarás", expone sus puntos de vista diciendo que ninguna categoría de homicidio puede ser exceptuada. Es por ello que el Papa Pío XI en el año de 1951, condenó las muertes misericordiosas, argumentando que: "La destrucción de los seres inocentes que están física o mentalmente enfermos y no son útiles a la nación, y que todo ataque directo contra ellos es una violación de una de las Leyes Fundamentales, sin la cual una sana convivencia humana es imposible" (9); como vemos este punto de vista se encuentra fundado en la religión, pero esta doctrina moral cristiana sobre la muerte piadosa nunca fue admitida por la Alemania Nazi, ya que, ésta se proponía la creación de una raza fuerte, y es por tal motivo, que a través de los Tribunales Médicos se autorizara la destrucción de vidas humanas carentes de valor vital, que salvo en los casos de idiotas y dementes incurables, siempre se realizaban con el consentimiento del paciente.

Es sabido que son pocas las Legislaciones que han consagrado la muerte piadosa, pues la reprobación religiosa ha triunfado en muchos de los casos. Se dice que la Iglesia se ha mantenido en una actitud lógica con respecto a este problema, al negar que el hombre tenga el derecho de disponer de su vida, ni aún para no sufrir con exceso. La cuestión es que la mayoría de quienes opinan de esta manera debe de ser porque nunca han sufrido de alguna enfermedad incurable que los ponga al filo de la muerte, y no han sentido los insoportables dolores de no poder continuar con una vida privilegiada como la que disfrutamos en el goce de todas las funciones de nuestro cuerpo cuando está

completamente sano. Además, esto nos lleva a pensar en una incoherencia entre su Fe y su conducta, por muchas razones que no son propias del presente trabajo y sólo confundirían el ya de por sí complicado tema de la muerte piadosa.

Sin embargo, existen otros factores que influyen en la aceptación o el rechazo que tengan las personas de la muerte piadosa, entre ellos encontramos la región geográfica donde viva o se haya educado, la clase social a la que pertenezca, su estatus socioeconómico y la personalidad que tenga, la educación o el grado de instrucción que tenga, y si es universitario, el medio ambiente en el que se convive; todos los factores mencionados, entre otros muchos, que es muy difícil citar, ejercen una poderosa influencia, sobre este tipo de actitudes y los criterios formados sobre la muerte piadosa; pero, las creencias religiosas están asociadas en una forma muy consistente con la conducta a seguir en pro o en contra de la aplicación de la muerte piadosa.

El espíritu de la religión hace de la caridad un deber, pero se da el caso de que, al desafiar conscientemente la ley de los hombres, se acepta el remordimiento eterno. Por un lado tenemos a la Iglesia y a la Sociedad, con todo y las leyes, mandamientos, tradiciones y sobre todo, su instinto de conservación. Por el otro lado, se encuentran individuos que sufren moral y físicamente, que saben que en la desgracia, cuando es la raíz misma de la vida la que está atacada, no hay otro remedio que la muerte y que encuentran el coraje -porque hay que tenerlo- de dar esa muerte por su propia mano, sabiendo muy bien que tendrán que soportar las consecuencias de su decisión.

Paúl Valery resume todo lo anterior en esta fórmula: "Actúa, si puedes soportar las consecuencias de tu acto." (10) El problema de la muerte piadosa para muchas de las personas es un problema de conciencia personal. Sin embargo, si el criterio supremo fuese el remordimiento, la existencia o la ausencia de ellos, luego que el acto se hubiese cometido, ¿bastaría con que uno fuese cínico o amoral para tener derecho de vida o muerte sobre todos los que lo rodean?; pero, después de leer acerca de algunos casos, la negativa a actuar era la que había dejado en la conciencia de las personas los remordimientos más grandes. Un ejemplo de ello, es el siguiente testimonio: Un hombre que sufría una artródesis en la cadera izquierda, fue operado. Los primeros seis meses que siguieron, seis meses de yeso, fueron las últimas semanas de fe y esperanza; pues, desde que fue liberado del yeso, se hicieron sentir dolores más y más intolerables, a medida que volvía a caminar; los médicos y cirujanos que lo operaron, jamás lo admitieron,

pero un centro nervioso había sido tocado y el clavo de la artródesis había perforado durante la operación, el hueso ilíaco, y de allí el absceso y la infección de la pelvis. Esta persona sufrió otras tres operaciones, que no le trajeron ningún alivio solo resistía con dosis más y más elevadas de calmantes, era un verdadero martirio. El enfermo, la pedía a su esposa todos los días, terminar con todo esto, que no lo dejará sufrir más, físicamente disminuido, vivía con el terror de seguir sufriendo sin esperanzas. Le decía a su esposa: "Acabemos, tu serás más feliz sin mí; si me amas, mátame como prueba de amor..." Ya nada contaba para él, fuera de esa muerte que pedía a gritos, ni sus años de matrimonio, penas y alegrías, hijos y nietos. Esa muerte que su esposa no quiso darle, fue él quien se la dio, durante una corta ausencia de su esposa; había ido a ver a sus nietos y ya no volvió a verlo con vida. Ahora, ella dice: ¡Qué drama, qué desamparo, tuvo que sentir, para llegar a abandonarlo todo, para darse esa muerte que él quería recibir de mi mano! Si, hay que haber vivido esos dramas junto a enfermos graves, irremediablemente perdidos, para comprender el desamparo de dos seres que se aman y a quienes el sufrimiento lleva a cometer un acto que la sociedad condena. La sociedad que juzga, a veces sin comprender, ya que para ello, es necesario haber hecho por sí mismo esa atroz experiencia. Haber pasado esas noches en blanco, haber conocido la angustia de los amaneceres que traen con el día, el terror de una jornada para vivir en el sufrimiento; haber conocido, el despertar del enfermo al salir de las anestias de operaciones hechas con tantas esperanzas de mejoría y cada vez más decepcionantes. Sí para comprender que matar a un ser que sufre sin esperanza de curarse, quizá sea la única solución; entonces, que la medicina asuma sus responsabilidades y que no deje que sea quien más ama al enfermo, el que cometa ese gesto.(11) La caridad cristiana querría que se acortaran los sufrimientos; pero, la moral cristiana dice no.

En Inglaterra y en los Estados Unidos, curas y aún obispos se han convertido en apóstoles del homicidio por compasión, o reconocieron haber rezado por la "gracia de la liberación" de pacientes incurables. La voz de la moral cristiana sonó más fuerte que la de la caridad cristiana. La Iglesia es ante todo humana. Debe considerar la realidad viviente, palpitable y no juzgar con textos. Es una cruz muy dura de llevar, la de matar por compasión. Tal vez más dura que la del que hubiera podido acortar sufrimientos insoportables y no lo hizo.

3.4 El derecho a tener una muerte digna.

"La muerte es el término final de la asociación morfo-físico-psicológica, ética y social de una persona." (12)

Analizando el problema de la muerte piadosa, el profesor John Hinton dice: "¿No constituye una razón de peso el pensar en reducir el periodo de agonía, si tan sólo promete abundante sufrimiento? ¿No podría la eutanasia, en su acepción de producción de muerte buena, ponerse en práctica en estos casos?. Se ha tratado de fundamentar la prohibición de la eutanasia activa en el juramento hipocrático, el cual dice: "No accederé a pretensiones que se dirijan a la administración de venenos, ni induciré a nadie sugerencias de tal especie. En cualquier casa que entre, no llevaré otro objeto que el bien de los enfermos." (13) Sin embargo, este juramento está sujeto a interpretación, porque si bien es cierto, que compromete al médico a no atender contra la vida del enfermo, ni proporcionar drogas homicidas, también puede referirse a que el médico no ha de cooperar en homicidios, es decir, actos en los que el móvil no es altruista, sino que se trata de una conducta dolosa.

¿Por qué los médicos han de procurar prolongar la "vida" de los enfermos?, lo que hacen es prolongar los sufrimientos. La muerte piadosa es una cuestión de caridad; ayudar a otro a morir sin dolor es una prueba de amor y de caridad mucho mayor que dejar a la naturaleza que opere su obra destructora lenta y dolorosamente.

Luis Alberto Bouza menciona al Dr. Ox, que piensa: "¿Por qué agotar los recursos de la ciencia médica en mantener al enfermo sin salvación en un estado tan miserable? ¿No sería más humano desembarazarle de sus sufrimientos?. No se duda en poner fin a la vida de un perro o de un caballo, cuya curación parece imposible; ¿seremos menos piadosos con una criatura humana que con una simple bestia?" (14)

Agresti citado por Royo Villanova, afirma: "El médico debe curar o por lo menos disminuir el dolor; cuando no pueda hacerlo, debería tener el derecho y el deber de abreviar el momento supremo; cuando no hay absolutamente una esperanza, es justo que el médico libere al enfermo de su último dolor. En estos casos, es justa la eutanasia." (15)

La muerte piadosa responsable es una acción que se realiza en favor de la libertad; porque concluye para el que la lleva a cabo, de una vez por todas esta forma de realización del hombre -una muerte digna-; y reafirma su principio de la libertad, pues prefiere la muerte a una vida

no libre, y por tanto, no digna de vivirse. La vida es un bien, pero la muerte no es sólo, ni principalmente, privación de un bien que es la vida; el morir, es también, dar, darse, amar, es la culminación del vivir.

En Inglaterra, la Sociedad para la Eutanasia reunió, al mismo tiempo que se debatía el proyecto ante la Cámara de los Lores, las firmas de miembros del cuerpo médico con vistas a una petición, que debía ser enviada a la Organización de las Naciones Unidas, para solicitar de dicho organismo que incluyese en "La Declaración Universal de los Derechos del Hombre", el de recibir la eutanasia voluntaria, tomando las precauciones debidas.

Bajo el nombre de Ortosthanasia, el profesor Roskam plantea la siguiente cuestión: "No es posible ejecutar hechos directamente encaminados a apresurar la llegada de la muerte, pero ¿existe el deber de prestar a los enfermos cuya existencia es una supervivencia dolorosa o puramente vegetativa, cuidados médicos que prolongarían esta existencia detestada quizá, por los mismos pacientes?" (16) Los progresos terapéuticos producen esta consecuencia desarmónica, permiten la supervivencia de un número cada vez mayor de enfermos incurables, cuya carga gravita sobre las familias y sobre la colectividad, sin otro provecho para los pacientes mismos, que prolongar sus sufrimientos. ¿No sería más conforme a la ley natural, que en vez de luchar en vano por estos incurables, se omitieran los cuidados de que son objeto, limitándose a suavizar los últimos momentos?

Analizando el caso de las personas mantenidas en estado de muerte aparente, Pierre Wertheimer se plantea el problema que representa la prolongación de una existencia vegetativa, "¿es nuestro deber prolongar su duración hasta que se descompongan los tejidos, hasta que se hundan los globos oculares, o bien deberemos poner fin, a pesar de las apariencias, a esa existencia artificial, que martiriza a quienes están a su alrededor?" (17)

Por su parte, el criminólogo mexicano, Dr. Alfonso Quiroz Cuarón, dice: "La persona no es una estatua; es el complejo morfo-físico-psicológico, ético y social. Si se mantiene una vida vegetativa parcial mediante los valiosos recursos mecánicos extracorpóreos, la personalidad ya no existe, sólo se es un artificio mecánico; si el cerebro ya no emite señales eléctricas, cuando menos durante una hora o más, es que dejó de funcionar. El diagnóstico corresponderá a dos médicos especializados, ajenos a los médicos de cabecera; éstos no deben influir sobre cuando deben retirarse los equipos médicos, ya que esta decisión henchida de sentimientos correspondería en todo caso a la familia." (18)

Una decisión sobre este punto, parecería depender de si la vida en cuestión se puede prolongar durante un lapso que resultará significativo, es decir, si el esfuerzo médico logrará que el paciente no se limite a vegetar, sino que exista como ser humano.

¿Cómo es posible mantener un interés humano y amoroso, por un ser que ya no es persona como tal, sino la cáscara vacía de algo que una vez fue humano, un ser con el cual ya no existen la comunicación y que, por lo tanto, ya no puede actuar como un sujeto independiente, y se limita a desempeñar el inhumano papel de objeto? No cabe duda que cuando se habla del deber médico de conservar la vida, se habla de la vida humana, y no de la vida biológica como tal. Además, la prolongación de la vida no deseada de la agonía, agudizando sus dolores, lindaría muy cerca del sadismo por mucho que se le disfrace de tintes humanitarios o científicos. Junto al derecho a la vida debería proclamarse el derecho a la muerte, que en lo personal lo considero muy necesario, no tratándose con ello de estar a favor de los continuos homicidios.

A fin de cuentas, pienso que, el paciente tiene derecho a que no se le coaccione para seguir viviendo, y, el médico lucha tenazmente para retrasar su muerte, a veces razonablemente, a veces sin razón. Por ello, cuando el enfermo tiene 80 ó 90 años, el médico se pregunta ¿vale la pena operar? ¿la posible curación va a compensar el riesgo quirúrgico? ¿quién debe tomar la decisión? ¿a caso el enfermo no tiene la última palabra? ¿no tiene derecho el enfermo a que lo dejen morir? Hay veces que una intervención quirúrgica fracasa y los enfermos fallecen, o por el contrario hay veces que tienen éxito relativamente sólo para prolongar la vida y la agonía del paciente.

Como podemos observar existe un sin fin de razones por las cuales no se debe dejar de lado este tema tan delicado. En México, se realizó una sesión clínica de índole pública, el 5 de octubre de 1986 en un conocido hospital, donde se abordó el tema de la muerte piadosa. En tal sesión, intervinieron connotados especialistas en las ramas del derecho, la medicina y la psicología; afirmaron entre otras cuestiones, que el médico tiene la obligación de preservar la vida del individuo, siempre y cuando ésta sea razonablemente aceptable para la persona y sea también una vida útil para el paciente. El médico debe prolongar una vida humana y no biológica, en otras palabras, tal vez no tan elegantes, pero si muy ciertas, calidad, no cantidad.

En resumen, las conclusiones de dicha sesión son las siguientes: Desde el punto de vista de la psicología después de haber discutido dos

casos de pacientes pediátricos se refirió que la muerte de los niños crea diferentes reacciones en el médico; en ocasiones, sentimientos de culpa por no haberlo podido curar, después de saber que no tiene remedio, motiva que empiecen a relegar al paciente hasta llegar el momento en que se le ignora por completo, reacción que los familiares pueden percibir; la otra reacción es completamente opuesta, de insistir en forma compulsiva en preservar la vida del paciente, aún cuando se tiene la conciencia de que se le está haciendo sufrir más con no dejarlo morir, pero el médico piensa que el perder un paciente significa un fracaso para él y un sentimiento de impotencia.

La cuestión legal se refirió a los problemas legales que se presentan, y que son diversos: Empiezan diciendo que la vida es un valor de la más alta jerarquía y que la sociedad ha dejado al cuidado de la misma al médico, esto crea conflicto dentro del ambiente médico, pues en ocasiones lo único que se puede hacer, es preservar la vida, pero esto a costa de prolongar el sufrimiento, poniéndose al médico en el punto de dejar de ser un salvador de vidas para convertirse en un torturador del paciente. Todo lo comentado anteriormente, constituyen reflexiones que interesan a nuestro estudio, ya que da a conocer cuestiones que a la luz pública no se discuten, quizá por temor a ser reprobadas por cuestiones de carácter ético o religioso, pero que de alguna manera contempla un problema latente en nuestra sociedad, que debe ser resuelto legalmente y sustentado con bases médicas.

Después de todo, dicen que el momento de la muerte no existe. ¿Ocurre cuando el corazón se detiene, como se pensaba todavía en los años setenta? Utilizando modernos equipos de medida, es posible detectar señales de actividad eléctrica en la válvula vital incluso tres cuartos de hora después de haberse detenido. ¿O dejamos de existir cuando el cerebro muere asfixiado? Si es así, ¿qué partes del cerebro hacen que nuestra conciencia se desvanezca? Es más, si aceptamos como mucha gente acepta, que existe el alma, ¿dónde se esconde? ¿Morimos cuando ésta abandona el cuerpo, si es que lo abandona? ¿Podemos seguir viviendo sin alma?

En definitiva, ¿habita el espíritu en el cerebro? Este problema no sólo es irresoluble, sino que también se contradice, ya que la conciencia de uno mismo, en tanto que es un concepto intelectual, no puede ocupar un lugar concreto, escribió el pensador Emmanuel Kant para dar por terminada la cuestión. Según el filósofo Leibnitz, la mente y el cuerpo siguen caminos paralelos y separados, sin encontrarse ni relacionarse jamás. Por este motivo, la destrucción del cuerpo nunca afectaría al espíritu.

Para los psiquiatras de estos últimos años, la respuesta está bien clara. Imaginemos por un momento que la mente pudiera prescindir de un entorno físico y siguiera oyendo, viendo o pensando. Según los neurofisiólogos, estaríamos violando todos los axiomas de la psiquiatría, y podríamos llegar a la conclusión de que el cerebro es innecesario, postura que la ciencia no puede aceptar. Es más, los modernos sistemas de exploración del cerebro como la tomografía axial computarizada, el escáner o la resonancia magnética nuclear, revelan que la bioquímica cerebral tiene mucho que decir sobre nuestro comportamiento.

Es un credo para los psiquiatras que todos los procesos mentales como los pensamientos, las emociones, la conducta, vienen mediados por complejas reacciones químico-eléctricas y movimientos moleculares que tienen lugar en las células nerviosas del cerebro. Desde el punto de vista meramente biológico, la muerte es el broche de oro de la vida, el final de un ciclo. Simplificando al máximo, algunos biólogos afirman que, nuestra función en el planeta se consume tras el acto de la reproducción. Esto es, la conservación de la especie. Nacemos, crecemos, nos reproducimos, envejecemos y morimos... Así de sencillo. No hay un sólo animal o vegetal que se libere de este círculo. Es la ley de la vida.

El conflicto de la muerte piadosa, cuyo debate apareció hace unas décadas en los círculos especializados y en el campo filosófico, ha irrumpido con toda su fuerza en el interés del público en general. Entre las muchas razones que explican este cambio de actitud podríamos destacar por su importancia las siguientes tres:

a) La ética tradicional, especialmente lo relacionado con el valor trascendente de la vida humana, ha sufrido un grave deterioro, siendo sustituida en gran parte por una ética secular donde la vida no tiene ese valor eterno y los valores morales de los actos del hombre se juzgan únicamente por sus resultados visibles. De este modo, la muerte deja de formar parte de la vida, pierde su sentido.

b) Ha crecido la expectativa de vida gracias a los insospechados avances de la medicina en el tratamiento de ciertas enfermedades consideradas hasta ahora incurables. A todos nos gustaría vernos beneficiados, si llegara el caso de estos tratamientos; no obstante, es preciso que antes de adoptar una decisión, el médico y el enfermo valoren cuidadosamente la calidad de vida que se puede conseguir para que los resultados compensen los sufrimientos e incomodidades de dicho tratamiento.

c) Cuando se trata de asuntos tan complejos y controvertidos como la muerte piadosa, que suscita pasiones encontradas, estos debates necesitan distinguir claramente lo que son los hechos reales y lo que son las opiniones, para no dar lugar a nuevas confusiones. (19)

Hay quienes por los sufrimientos tan terribles que padecen, afirman que toda su "vida" tiende hacia la muerte, pues la muerte, representa el gran sueño, el fin de esa injusticia que es el existir, más no vivir. En ciertos casos, la muerte dulce debe ser ampliamente permitida, pues, existen casos en los que, lo más terrible no es saber que se va a perder a un ser querido, sino verlo cada día peor que el día anterior e irremediablemente mejor que el día siguiente; constatar cada día el progreso atroz de la enfermedad.

Uno de los problemas más dolorosos es el de los niños atacados desde el nacimiento por un mal incurable; esta situación hace estallar de la manera más dramática la injusticia de la condición humana y la debilidad de los medios de que se dispone actualmente para enfrentar a tales males. Un niño mal conformado es un niño que no trae a sus padres las alegrías que habitualmente traen consigo, un niño que es un peso, en lugar de ser un consuelo. ¿Puede haber algo más intolerable para una madre que ver sufrir inútilmente a la carne de su carne? Un ejemplo verdaderamente triste es el que a continuación menciono: "Traje al mundo un niño normal y perfectamente constituido, pero tuvo en el nacimiento una hemorragia cerebro-meníngea debida a los forceps. Ahora tiene cinco años y medio, a pesar de todos los cuidados y cariño, no se ha recuperado en nada; no camina, no se sienta, ni siquiera sostiene su cabecita que se le cae para todos lados, no puede mover los brazos, no ve, debo alimentarlo como a un bebé, está inconsciente por completo. El niño está aquí, en su cama, es un espectáculo doloroso, Jean Luc, se parece a todos los niños del mundo. ¿Cómo adivinar que esos magníficos ojos negros, llenos de ternura, no ven? Hay que mirarlo más de cerca para descubrir que sus labios y las encías están completamente deformados. Hay que retirar la sábana para revelar las muñecas torcidas, los tobillos rotos, los pies atrofiados; su madre lo contempla llena de ternura y melancolía, ya no cree posible una mejoría. Lo hemos intentado todo, hemos ido a especialistas, gastando mucho dinero, con la esperanza de obtener algún resultado, pero poco a poco fuimos perdiendo las esperanzas. Dejé mi empleo, era mecanógrafa, mi esposo es corredor, un trabajo duro, hay que sonreír siempre, aunque se tengan ideas negras, porque sino se tiene aspecto alegre con los clientes lo echan a uno a la calle.

Aquí estoy enclaustrada; el pequeño es difícil de transportar necesita cuidados constantes y no puedo confiarlo a nadie. Tuvimos un año de felicidad, el primero; desde el nacimiento de nuestro hijo algo se ha quebrado entre nosotros: la confianza en la vida. No puedo dejar de pensar que si el pequeño hubiera muerto en el parto, nos habríamos sentido desdichados, pero no habríamos quedado marcados para toda la vida, como es el caso. El día en que se vaya lo extrañaremos, tendremos mucha pena, pero nos sentiremos aliviados." (20) ¿No cree que los médicos que lo perjudicaron, hubieran debido tener al menos el coraje de matarlo, ya que no podían darle la vida como tal? ¿No debería estar permitido al médico y no debería ser su deber moral satisfacer los deseos de los padres que piden acortar esa agonía, tan penosa para el niño que sufre, como para los padres que la contemplan, impotentes para aliviarla?

La muerte dulce es un gesto que reclaman como una liberación, ciertas personas de edad avanzada, para quienes la misma palabra de esperanza no quiere decir ya mucho y a quienes nada parece más natural que abandonar una vida que no tiene otro sentido que la miseria y el sufrimiento. Ahora, vivir disminuido ¿es vivir?, provocar con su presencia la desgracia de los seres queridos, ¿no lleva a querer desaparecer? Muchas veces el paciente se pregunta si seguir viviendo no es más que egoísmo.

Tal vez nadie tiene el derecho de acortar la vida de otro, sin embargo, el sufrimiento continuo es inhumano.

NOTAS BIBLIOGRAFICAS DEL TERCER CAPITULO.

- 1.- Barrere, Igor. Dossier confidencial sobre la eutanasia. Ed. Escatón. p: 165.
- 2.- Beristáin, Antonio. Eutanasia dignidad y muerte. Ed. De Palma. p: 168.
- 3.- Idem. p: 7.
- 4.- Citados por Beristáin, Antonio. Op.Cit. p: 9.
- 5.- Beristáin, Antonio. Op. Cit. p: 10.
- 6.- Idem. p: 14.
- 7.- Idem. p: 15.
- 8.- Idem. p: 15.
- 9.- Garrido, Luis. La eutanasia y el Vaticano. México. p: 8.
- 10.- Barrere, Igor. Op.Cit. p: 132.
- 11.- Idem. p: 133.
- 12.- Cárdenas F., Raúl. Reflexión sobre la vida y la muerte. México. p: 16.
- 13.- Barquin C., Manuel. Historia de la medicina. México. p: 127.
- 14.- Bouza, Luis A. El homicidio por piedad y el nuevo Código Penal. Ed. Abadie Santos. p: 48.
- 15.- Royo-Villanova, Ricardo. El derecho a morir sin dolor. Ed. Marqués de Urquijo. p: 64.
- 16.- Lattes, León. La muerte piadosa. Argentina. p: 19.

- 17.-Wertheimer, Pierre. La muerte y el hombre del siglo XX. México. p: 43.
- 18.-Cárdenas F. Op.Cit. p: 18
- 19.-López Navarro, José. Eutanasia, miedo a la vida. p: 74.
- 20.-Barrere, Igor. Op.Cit. p: 47.

CAPITULO I V

ANALISIS DEL ARTICULO 103 DE LA LEY GENERAL DE SALUD.

- 4.1 LA INCULPABILIDAD DEL MEDICO QUE PRACTIQUE
UNA MUERTE PIADOSA.**
- 4.2 LAS EXIMIENTES PUTATIVAS.**
- 4.3 LAS CAUSAS DE EXCLUSION DE RESPONSABILIDAD.**
- 4.4 EL HOMICIDIO CONSENTIDO.**
- 4.5 EL ARTICULO 103 DE LA LEY GENERAL DE SALUD Y
NECESIDAD DE REFORMARLO.**

4.1 La inculpabilidad del médico que práctica una muerte piadosa.

La ciencia médica ha logrado avances insospechados; hemos llegado a la era de los trasplantes, de las resucitaciones, de la cirugía excepcional, de la medicina extraordinaria que ha erradicado enfermedades y epidemias, así como también ha elevado la esperanza de vida. Sin embargo, estos avances médicos han traído problemas que empiezan a preocupar no sólo a los médicos, sino también a los juristas.

Antes de comenzar con el desarrollo del presente apartado haré mención de un caso ocurrido en la ciudad de Johannesburgo, donde un diario local puso de manifiesto los detalles de la llamada "Operación Washkansky", que consistió en extraer el corazón de una joven víctima de un grave accidente, la Señorita Darvall, con el fin de ser empalmado sobre un joven. El donante ha sido colocado sobre la mesa de operaciones una hora y cuarenta y cinco minutos antes de la muerte. La respiración fue mantenida artificialmente, pero el corazón late naturalmente. El paciente es anestesiado cinco minutos más tarde. Son necesarios treinta minutos para abrir el pecho del donante, que permanece bajo los efectos de la respiración artificial. Una hora más tarde, se corta todo. El corazón para de latir a los doce minutos. El certificado de defunción de la joven se extiende, y se injerta. Se puede decir, en consecuencia, que el momento de la muerte ha sido predeterminado. Pero es evidente que no existía ninguna posibilidad de supervivencia. Las heridas de la joven eran de tal importancia que jamás hubiera recobrado el conocimiento, ni siquiera por un momento.

En el momento en que el médico ha decidido injertar el corazón a su enfermo, la joven no estaba todavía muerta. Pero el neurólogo que la había examinado había declarado que las heridas del cerebro eran de una importancia tal que era imposible salvarla, por lo que se negó a intervenir, ya que se trataba de lesiones cerebrales irreversibles. No obstante seguía viva. Durante la primera media hora de la operación a corazón abierto, el cuerpo del operado fue enfriado para proteger los órganos vitales, la joven falleció, y el electrocardiograma reveló una completa parálisis del corazón. El corazón de la joven fue conectado a un corazón-pulmón artificial con el fin de enfriarlo. No se practicó un encefalograma como se hace en otros centros. Se hace notar que el médico a cargo no ha tomado en cuenta las discusiones habidas en Europa y Estados Unidos acerca de que la detención del corazón no significa la muerte del paciente. Pues son muchos los médicos que prefieren que el criterio de la muerte esté definido por la detención de

las funciones del cerebro, indicada durante cuarenta y ocho horas por la ausencia del trazado electroencefalográfico, más bien que por la detención del corazón y la ausencia de ondas electrocardiográficas. Sin embargo, todo esto parece más bien, una diferencia académica, toda vez que si el corazón deja de latir, las funciones del cerebro paran casi instantáneamente. Las células de la corteza cerebral son las más vulnerables y empiezan a morir a los cinco minutos siguientes a la detención de la circulación. Por consecuencia, el individuo muere biológicamente de una manera gradual. (1)

Otro caso interesante para el tema que aquí se trata, es el que relató el Dr. Chávez, poco antes de su muerte: "Se trataba, de un médico, antiguo discípulo y amigo, a quién atendí por un infarto del miocardio; años después, en un segundo infarto, presentó paro cardíaco. El choque eléctrico no fue de pronto efectivo y tardó varios minutos en lograrse la resucitación. Desgraciadamente el paciente quedó descerebrado. En estas condiciones fue llevado al Instituto de Cardiología y fui llamado para examinarlo. Comprobé la realidad de la muerte cerebral; pero a la mitad del examen, sobrevino un nuevo paro del corazón. Uno de los jóvenes residentes acudió apresuradamente con el estimulador eléctrico para dar un nuevo choque. Sorprendido vio que lo detuve diciéndole: "Es inútil, si logra usted que lata de nuevo el corazón, no por eso le habrá devuelto la vida. Está descerebrado, hay que dejarlo morir en paz." (2)

Se pregunta el maestro Chávez: "¿Es eutanasia, un acto así?" A lo qué, él mismo responde: "es sólo renunciación a un procedimiento extraordinario que en nada beneficia a un hombre que ya ha muerto como persona, y sólo arrastra una pobre vida vegetativa." (3)

¿Responsabilidad penal por no haberle prestado la ayuda que no le devolvería la vida? Indudablemente que no, pero como éste existen muchos casos, en que la actuación del médico debe fundarse en su conciencia, en su ética y en su moral. Debatiendo sobre el misterio de la muerte, es necesario decidir sobre el momento en que ésta llega, ¿Cuál es, en verdad, la frontera entre la vida y la muerte? En estos casos, es la conciencia del médico la que debe prevalecer, y lo importante no es sólo curar, sino abreviar el dolor cuando es inminente la cesación de la vida. Debemos recordar que, el juicio sobre el estado terminal e irreversible de un enfermo o sobre la probabilidad prácticamente nula de recuperación de la vida psíquica de un paciente no terminal en coma profundo, por causa de un accidente o por nacimiento (anacefalia), corresponde al médico.

Hay que tener en cuenta que en toda acción humana, quirúrgica o de cualquier otra clase, es necesario considerar, para juzgar a su autor, los móviles del acto ejecutado, porque de esta manera se obliga al Juez, a tener presente este principio; toda vez que, es de justicia tener en cuenta los móviles seguidos en el acto ejecutado, ya que existe un enorme abismo entre el que obra altruistamente, y el que sigue un móvil egoísta, perverso, por codicia o vil y destructor, que caracteriza jurídicamente al homicidio calificado. Es de mencionar, las bases que sentó el Derecho Penal Suizo, que establece que, no habrá responsabilidad penal para el médico, más que en el caso de que incurriese en culpa en el sentido penal, es decir, en el caso de imprevisión o negligencia culpable, o si al actuar infringiese cualquiera otra regla particular, por ejemplo, las disposiciones expresas sobre las condiciones de la verificación oficial de la muerte.

La Asociación Médica Americana (AMA) ha sugerido un modelo de ley, y anima a los médicos a que promuevan su aprobación en las legislaturas de sus Estados. La ley modelo dice así (los comentarios son de la AMA):

Sección 1. El individuo que ha sufrido:

- a) cese irreversible de las funciones circulatoria y respiratoria, o
- b) cese irreversible de todas las funciones de la totalidad del cerebro, será considerado muerto. La muerte se determinará de acuerdo con las normas médicas aceptadas.

Comentario: Se reconoce el derecho de los médicos a determinar la muerte. En algunas regiones también se reconoce que algunos no médicos (por ejemplo: oficiales de justicia) están autorizados a determinar la muerte. Este anteproyecto intenta que se reconozca que, de acuerdo con las normas médicas aceptadas, la determinación de la muerte basada en el cese irreversible de la función cerebral sólo puede ser declarada por un médico.

Sección 2. El médico o cualquier otra persona autorizada por la Ley para determinar la muerte y que toma esa determinación de acuerdo con la sección 1, no se verá sometido a juicio por daños y perjuicios en ninguna acción civil, ni sujeto a pleito en ningún proceso criminal por sus actos o por los actos de otros basados en dicha determinación.

Sección 3. La persona que actúa de buena fe, basada en una determinación de muerte, no es punible por daños y perjuicios en

ninguna acción civil ni está sujeta a pleito en ningún procedimiento criminal por su acto.

Comentario: Mientras que la sección 1 tiene la intención de eliminar impedimentos legales relativos en una declaración de muerte basada en principios médicamente aceptados, las secciones 2 y 3 se proponen eliminar inhibiciones para hacer una declaración de muerte basada en cualquiera de ambas normas, y también eliminar inhibiciones del personal hospitalario para seguir las instrucciones de un médico en este sentido, descartando la amenaza de la responsabilidad jurídica. Estas secciones no absuelven de responsabilidad a una persona que actúa negligentemente o en contra de las normas médicas aceptadas. (4)

De todo lo citado anteriormente se desprende que, incluso legalmente, una vez comprobada la muerte encefálica, sería perfectamente lícito suspender la terapia de sostén que mantiene las funciones respiratorias y cardíacas. Esta decisión es dolorosa y más de uno podría calificarla de eutanasia, sin embargo, ya no se hablaría de eutanasia, ni siquiera se trata de ninguna modalidad de la misma, porque clínica y legalmente la persona ya está muerta. Los anglosajones a este respecto hablan del punto de la muerte (The point of death), los franceses del momento de la muerte, en realidad, no se trata de un evento instantáneo, sino de un proceso de pasos sucesivos: dañado el encéfalo, progresiva e irremediablemente se van perdiendo las funciones vitales de sistemas, órganos, tejidos, células, hasta la muerte total.

Considero que el médico debe honrada y humildemente reconocer sus límites y los propios límites del hombre. La muerte es una barrera inevitable en la vida humana y por ese simple hecho no es un fracaso, sino un evento tan natural como el nacimiento y lo único que postulo como un principio elemental es conservar la calidad de vida deseada por una persona, ya que no aceptar esto nos lleva a excesos inhumanos. En algunas ocasiones no debe preguntarse cuánto tiempo vivió un paciente después del tratamiento, sino cómo vivió. Esto nos lleva a analizar la expresión recientemente mencionada calidad de vida. La expresión en sí es vaga, y si se abusa de ella, se puede convertir en un slogan en pro de la eutanasia. Por calidad de vida no debe entenderse, reducir las características físicas y mentales del paciente a lo meramente cuantificable, a concepciones eugénicas, racistas, económicas y utilitaristas. En cambio calidad de vida tendría un sentido positivo si significara considerar en cada caso la terapia, su costo, dificultades, riesgos, probabilidades de éxito, etc., atendiendo al mismo tiempo a todas las circunstancias que rodean al enfermo.

Más en concreto, es lícito, que el paciente acepte, a falta de otras terapias, aún con riesgo, tratamientos más avanzados aún en fase experimental. Igualmente es lícito interrumpir la aplicación ya iniciada de estos medios, si se constata que los resultados defraudan las esperanzas que se tenían, o si las desventajas son mayores que los logros. También es lícito adecuarse con los medios normales al alcance, y rechazar otros tratamientos, más costosos, más penosos, o quizá más peligrosos. Finalmente es moralmente lícito, ante la inminencia de la muerte, renunciar al tratamiento que únicamente prolonga la agonía.

Regresando al campo del derecho, el supuesto general es que todo paciente adulto y en sano juicio es libre de acudir o no al médico y de aceptar o rechazar el tratamiento. Sin embargo, se considera delictuoso el que un médico realice una operación o tratamiento contra el consentimiento del paciente. El médico debe informar al paciente de su estado y de las esperanzas y riesgos del tratamiento y generalmente es el enfermo el que debe considerar el riesgo, en todos los sentidos de su terapia. Esta libertad de rehusar el tratamiento en adultos competentes tiene algunas limitaciones. El hombre no debe utilizar su libertad de modo individualista, sin atender a su dimensión social. Así, el uso de su libertad debe ceder en determinados casos (vacunas, enfermedades infecciosas, etc.), ante el bien y la seguridad pública, y esto, aun sobre las convicciones religiosas particulares. También es legal el limitar la libertad de rechazar la terapia en base a la lesión de los derechos del médico y/o del hospital. Existen, al respecto, casos complejos en los que el médico debe protegerse contra la acusación de negligencia criminal, o bien, casos en que debe actuar conforme a la ética profesional. Sin embargo, en general, parece que en estas situaciones debe prevalecer la libertad del paciente a rehusar el tratamiento.

En casos de emergencia, y tratándose de pacientes no competentes para dar el consentimiento, éste se presupone, aunque conviene dentro de lo posible, contar con el consentimiento de los familiares más cercanos. En cambio, el médico no puede presumir lo contrario (no iniciar o suspender el tratamiento), aunque tenga algunos elementos para inferirlo. (5)

Para esclarecer este difícil tema mencionaré que, en los Estados Unidos se realizaron a nivel nacional por la William Hamilton Organization, en noviembre de 1975, dos encuestas de opinión sobre el tema. En ellas se preguntaba: Suponga que una persona está en el hospital y de acuerdo a todas las evidencias médicas, está muriendo y no puede ser curado, ni salvado. ¿Siente usted que sería correcto dejarla simplemente morir, o que se deben hacer todos los esfuerzos

necesarios por mantenerla viva? El 59% se decidió por la primera opción, el 30% por la segunda y el resto se declaró indeciso.

La otra encuesta de la NBC en 1976 preguntaba: ¿Deben los médicos usar medios mecánicos para mantener vivos a los pacientes cuando ya no haya oportunidad de recuperación? El 72% respondió, no; el 16% sí, y el 12% se mostró indeciso. A pesar del alto porcentaje de gente que se inclina por dejar a un lado los medios extraordinarios que mantengan con vida a un paciente terminal, considero que dichas encuestas caen en el error de reducir una intrigada gama de variantes a un nivel demasiado general y además, tienen la grave limitación de dejar fuera detalles muy relevantes que serían piezas importantes para determinar las consecuencias e implicaciones sociales de su legalización, no obstante de considerar que la eutanasia pasiva es un tema polémico que actualmente cobra auge en la sociedad, en gran parte debido a la necesidad de querer mantener vidas artificialmente prolongando la agonía y el dolor tanto del paciente terminal como de los familiares ante un suceso que es inevitable en la vida de todo ser viviente.

La eutanasia, revela, paradójicamente, el poder y la impotencia del hombre. El poder de disponer de la vida ante la impotencia frente a la muerte, el poder de dar muerte ante la impotencia de superar el dolor, la soledad y la angustia. Un poder que procede de su impotencia. Un poder que revela la profunda debilidad, incapacidad y contingencia del ser humano. (6) Sintetizando, si la causa de la interrupción de la respiración y los latidos del corazón obtenidos por medios ordinarios o bien por medios extraordinarios, responde a una causa altruista, no debe haber delito; pero si responde a impulsos egoístas, deshonestos, vengativos, etc., se aplicará la pena correspondiente al homicidio.

Por último, el médico, no puede practicar la eutanasia con el premeditado designio de producir la muerte; pero llega a ella como un medio de cura. Por desgracia, la medicina no siempre sana; la mayor parte de las veces sólo alivia los padecimientos. Curar no es sólo sanar, es aliviar también. Sin embargo, cuando el médico, ante dolores intolerables, aplica medios analgésicos y narcóticos puede estar consciente de que abrevia la existencia del enfermo, de que le acelera el fin de sus días crueles. Pero al médico no le guía la intención de matar al paciente, sino que su único designio es aliviarle, disminuirle el sufrimiento. Por eso, el problema de la eutanasia practicada por los médicos en sus justos límites carece de sustancia polémica, ya que más que una forma de matar a los enfermos, es una verdadera cura, un remedio sintomático de los más espantosos dolores, un remedio beneficioso para los que sufren cruelmente. Y es por estos motivos,

expuestos a lo largo del presente apartado, que es necesario llevar a cabo una reforma, que faculte al Médico para que realice una muerte piadosa, pues como ya se dijo, el único fin perseguido por él, es el de aliviar y disminuir sufrimientos.

Veamos, si el deber del médico es el de combatir o curar una enfermedad, o más bien el de socorrer al enfermo, la intervención no podrá darle más que una capacidad temporal para sufrir mayormente. En este sentido, no puede tacharse de omisión delictuosa el no haber recurrido a los medios que seguramente no podían conseguir la curación del mal básico, sino simplemente podían disminuir momentáneamente los padecimientos. Si por el contrario, se adopta la interpretación restrictiva de que es deber del médico combatir la enfermedad como entidad, prescindiendo de las condiciones del enfermo sobre las cuales aquélla se instala, y que además, debe prolongar la vida del paciente a toda costa, hasta los límites extremos permitidos por los propios conocimientos patológicos y clínicos, entonces ciertamente el contravenir a tales deberes puede ser considerado como una omisión. Por ello, es que deberían reformarse los artículos 15 del Código Penal para el Distrito Federal, que nos da a conocer las causas excluyentes del delito, y 103 de la ley general de salud, que trata sobre los tratamientos terapéuticos.

Luego de conocer los casos por los que atraviesa un Médico en el ejercicio cotidiano de su profesión entendemos el porque de la inculpabilidad para ellos en los casos de muerte piadosa, como sabemos, la inculpabilidad se refiere a las causas que impiden el nacimiento del delito, por la ausencia de su elemento esencialmente subjetivo, como es la culpabilidad. En el juicio de esta índole se absuelve al autor del hecho típico y antijurídico por considerar que ha funcionado una específica causa que impide el reproche del hecho. En la doctrina se contemplan dos causas genéricas de exclusión de la culpabilidad, que son, el error y la no exigibilidad de otra conducta, sin embargo, a lo que hago referencia en este apartado es a la cuestión ética y moral en cuanto hace a la practica de la muerte piadosa ejecutada por los médicos, con el fin de no prolongar indefinidamente una existencia que ya no puede ser llamada vida, propiamente dicha, pues se tiene el funcionamiento de algunos órganos del cuerpo, pero se sabe que es dolorosa esa etapa que se esta atravesando y sobre todo se sabe que no hay esperanza de mejoría y si milagrosamente surgiera algo, no sería tan milagroso como para revertir los daños ya causados a ese organismo que esta sufriendo.

De momento transcribo el artículo 15 del Código Penal para el Distrito Federal, tal y como se encuentra en nuestro Código vigente, y más adelante, en el apartado 4.3 de este capítulo se hará la propuesta de reforma que consiste en adicionar una fracción XI a dicho artículo.

"Artículo 15. El delito se excluye cuando:

- I. El hecho se realice sin intervención de la voluntad del agente;
- II. Se demuestre la inexistencia de alguno de los elementos que integran la descripción típica del delito de que se trate;
- III. Se actúe con el consentimiento del titular del bien jurídico afectado, siempre que se llenen los siguientes requisitos:
 - a) Que el bien jurídico sea disponible;
 - b) Que el titular del bien tenga la capacidad jurídica para disponer libremente del mismo, y
 - c) Que el consentimiento sea expreso o tácito y sin que medie algún vicio; o bien, que el hecho se realice en circunstancias tales que permitan fundamentadamente presumir que, de haberse consultado al titular, éste hubiese otorgado el mismo;
- IV. Se repela una agresión real, actual e inminente, y sin derecho, en protección de bienes jurídicos propios o ajenos, siempre que exista necesidad de la defensa y racionalidad de los medios empleados y no medie provocación dolosa suficiente e inmediata por parte del agredido o de la persona a quien se defiende.

Se presumirá como defensa legítima, salvo prueba en contrario, el hecho de causar daño a quien por cualquier medio trate de penetrar, sin derecho, al hogar del agente, al de su familia, a sus dependencias, o a los de cualquier persona que tenga la obligación de defender, al sitio donde se encuentren bienes propios o ajenos respecto de los que exista la misma obligación; o bien, lo encuentre en alguno de aquellos lugares en circunstancias tales que revelen la probabilidad de una agresión;

V. Se obre por la necesidad de salvaguardar un bien jurídico propio o ajeno de un peligro real, actual o inminente, no ocasionado dolosamente por el agente, lesionando otro bien de menor o igual valor que el salvaguardado, siempre que el peligro no sea evitable por otros medios y el agente no tuviere el deber jurídico de afrontarlo;

VI. La acción o la omisión se realicen en cumplimiento de un deber jurídico o en ejercicio de un derecho, siempre que exista necesidad racional del medio empleado para cumplir el deber o ejercer el derecho, y que este último no se realice con el solo propósito de perjudicar a otro;

VII. Al momento de realizar el hecho típico el agente no tenga la capacidad de comprender el carácter ilícito de aquél o de conducirse de acuerdo con esa comprensión, en virtud de padecer trastorno mental o desarrollo intelectual retardado, a no ser que el agente hubiere

provocado su trastorno mental dolosa o culposamente, en cuyo caso responderá por el resultado típico siempre y cuando lo haya previsto o le fuere previsible.

Cuando la capacidad a que se refiere el párrafo anterior sólo se encuentre considerablemente disminuida, se estará a lo dispuesto en el artículo 69-Bis. de este Código;

VIII. Se realice la acción o la omisión bajo un error invencible:

a) Sobre alguno de los elementos esenciales que integran el tipo penal;

o

b) Respecto de la ilicitud de la conducta, ya sea porque el sujeto desconozca la existencia de la ley o el alcance de la misma, o porque crea que está justificada su conducta.

Si los errores a que se refieren los incisos anteriores son vencibles, se estará a lo dispuesto por el artículo 66 de este Código;

IX. Atentas las circunstancias que concurren en la realización de una conducta ilícita, no sea racionalmente exigible al agente una conducta diversa a la que realizó, en virtud de no haberse podido determinar a actuar conforme a derecho, o

X. El resultado típico se produce por caso fortuito.

Este artículo de nuestro Código Penal para el Distrito Federal enmarca las causas excluyentes del delito, razón por la cual debería acoger la muerte piadosa, como una más de ellas.

De igual manera sería necesaria una reforma en el artículo 103 de la Ley general de salud, en la cual se especificarían los requisitos necesarios para llevar a cabo una muerte piadosa, y que, de momento se encuentra de la siguiente manera:

"Artículo 103.- En el tratamiento de una persona enferma, el médico podrá utilizar nuevos recursos terapéuticos o de diagnóstico, cuando exista posibilidad fundada de salvar la vida, restablecer la salud o disminuir el sufrimiento del paciente, siempre que cuente con el consentimiento por escrito de éste, de su representante legal, en su caso, o del familiar más cercano en vínculo, y sin perjuicio de cumplir con los demás requisitos que determine esta ley y otras disposiciones legales aplicables."

Por lo que hace al artículo 103 de la ley general de salud, debe ser adicionado, para el fin de que, disponga las condiciones que se deben cumplir para que la muerte piadosa sea practicada y no se preste a usos desmesurados de esta figura jurídica, de tan grande envergadura.

4.2 Las eximientes putativas.

Del modo más provisional cabe decir que las causas eximientes de responsabilidad son aquellas en las que cae el agente que se cree amparado por una causa de justificación, por una causa de inculpabilidad e incluso por una excusa absolutoria. Para aclarar esta noción, citaré la definición que el Maestro Fernando Castellanos da: "Las situaciones en las cuales el agente, por un error de hecho insuperable, cree fundadamente, al realizar un hecho típico de Derecho Penal, hallarse amparado por una justificante o ejecutar una conducta atípica (permitida, lícita) sin serlo." En tal caso, el sujeto conoce todas las circunstancias de hecho integrantes de la figura, pero se determina porque además, erróneamente, cree que existen otras circunstancias que le autorizan u obligan a proceder. (7)

Se señalan como eximientes putativas las siguientes:

- a) Defensa putativa.- El sujeto cree, fundado en error esencial e invencible, ejecutar un legítimo derecho de defensa, siendo injustificada tal creencia por la inexistencia de una auténtica agresión.
- b) Estado de necesidad putativo.- La creencia de un estado de peligro, real, grave e inminente, fuera de toda realidad, constituye el falso conocimiento del hecho que lleva al agente a lesionar bienes jurídicos ajenos.
- c) Ejercicio de un derecho putativo y cumplimiento de un deber putativo.- La conducta antijurídica se supone lícita, a virtud del error sobre la existencia del derecho o del deber que se ejercita o se cumplimenta.

Raros son los países en que se ha legislado expresamente sobre las eximientes putativas. Un caso en el que encontramos esta figura es la legislación penal italiana, que expresamente se ha referido a la creencia de eximientes, en el último párrafo de su artículo 59, dice: "Si el agente considera por error que existen circunstancias que excluyen la pena, éstas serán, siempre valoradas a su favor. Sin embargo, si se trata de error determinado por culpa, la punibilidad no queda excluida cuando el hecho está previsto en la ley como delito culposo." (8)

Interesa, igualmente el numeral 31 del moderno Código Penal Griego, que después de proclamar en su primer párrafo, que el desconocimiento de la punibilidad del hecho no basta para excluir la imputación del acto, dice: "Sin embargo, el acto no se le imputará al

actor cuando éste ha creído erróneamente que estaba autorizado a ejecutarlo, y si el error era relevante." (9)

El Tribunal del Reich había sostenido, al menos en cuanto a la defensa putativa, que el error sobre un determinado supuesto de hecho, "que de existir, hubiera constituido una causa de justificación que excluiría el castigo del autor" representaba un error de hecho de conformidad a lo dispuesto en el artículo 59 del Código Penal alemán; mientras que, por considerar la creencia en una causa de justificación no reconocida por el Derecho referida al error general del autor sobre la antijuridicidad de su obra, la estimó irrelevante puesto que se trataba de un error jurídico-penal, y harto sabido es que el Reichgericht no aceptó la eficacia del error de derecho, salvo cuando ese versaba en ley no penal. (10)

Como podemos observar, luego de leer los artículos anteriores no podemos aplicarlos a la muerte piadosa, pues adelantándose un poco al avance del presente trabajo, me permito decir que el único error que pudiera alegar una persona que ejecutare una muerte por piedad podría ser el consentimiento de la víctima, así como el móvil altruista que lo guió a realizar dicha conducta; sin embargo, hasta el momento ambas condiciones solo son atenuantes en los casos concretos y no liberan de toda penalidad.

La doctrina penal ante la muerte piadosa, la ha valorado y ubicado con diferentes criterios en la teoría del delito, criterios que fundamentalmente podemos enumerar como sigue:

- a) Como causa de justificación;
- b) Como criterio de inimputabilidad;
- c) Como homicidio:
 - 1.- Simple.
 - 2.- Atenuado.
- d) Como auxilio ejecutivo al suicidio;
- e) Considerado al amparo del perdón en la esfera del libre arbitrio judicial.

Los elementos que han servido de apoyo a los anteriores criterios son primordialmente los siguientes:

- a) El consentimiento del sujeto pasivo;
- b) Falta del consentimiento del sujeto pasivo;
- c) Concurrente de agravantes;

- d) Un móvil altruista impulsado por un sentimiento de piedad o compasión;
- e) El estado emocional del sujeto activo;
- f) Instancias apremiantes del sujeto pasivo;
- g) Menor o nula peligrosidad del sujeto activo;
- h) El estado desesperado del sujeto pasivo;
- i) Trastorno mental transitorio del sujeto activo;
- j) Un móvil no guiado por motivos egoístas;
- k) Antecedentes honorables del sujeto activo;
- l) La inutilidad de la pena.

Si bien, el citado artículo quince del Código Penal para el Distrito Federal establece en su fracción VIII, que el delito se excluye cuando se realice la acción o la omisión bajo un error invencible: sobre alguno de los elementos esenciales que integran el tipo penal; o, respecto de la ilicitud de la conducta, ya sea porque el sujeto desconozca la ley o el alcance de la misma, o porque crea que ésta justificada su conducta. Para entender mejor este apartado me permito citar textualmente la fracción VIII del citado artículo 15 del Código Penal para el Distrito Federal:

"Artículo 15. El delito se excluye cuando:...

... VIII. Se realice la acción o la omisión bajo un error invencible:

- a) Sobre alguno de los elementos esenciales que integran el tipo penal;
- o
- b) Respecto de la ilicitud de la conducta, ya sea porque el sujeto desconozca la existencia de la ley o el alcance de la misma, o porque crea que está justificada su conducta.

Si los errores a que se refieren los incisos anteriores son vencibles, se estará a lo dispuesto por el artículo 66 de este Código;..."

Esto no es suficiente para el caso de la muerte piadosa, pues no deja de ser una conducta típica; lo que es necesario en este caso es legislar expresamente sobre el tema, pues es de todos sabido que, por mucho que se desconozca la ley penal todos sabemos que el privar de la vida a un semejante es un delito y siempre trae consecuencias jurídicas; por ello es difícil estar ante esta situación y alegar un error invencible.

Por otro lado, no debemos confundir las eximientes putativas con el error de derecho, ya que si bien en este caso es legislado hay disconformidad entre la realidad y la representación, en el segundo el sujeto cree que su conducta no es delictuosa por desconocimiento de la existencia de la norma penal o por inexacto conocimiento de la misma; en cambio en las eximientes putativas, el sujeto estima que su conducta

es jurídica no por desconocimiento o inexacto conocimiento de la norma penal, sino porque el sujeto cree encontrarse ante una causa de justificación como consecuencia de un error de hecho esencial e invencible

4.3 Las causas de exclusión de responsabilidad.

Algunos autores han dado a las causas de justificación el nombre de causas de exclusión de responsabilidad, inclusive en algunas legislaciones se les ha incluido como tales; en nuestro Código Penal vigente para el Distrito Federal, las encontramos como causas que excluyen el delito. Y, a pesar de que las Causas de Justificación son conocidas desde hace mucho tiempo, es hasta hace poco que, adquieren una exacta significación técnica.

De acuerdo al criterio de Luis Jiménez de Asúa, las Causas de Justificación quedan definidas de la siguiente manera: "Son causas de justificación las que excluyen la antijuridicidad de una conducta que puede subsumirse en un tipo legal; esto es, aquellos actos u omisiones que revisten aspecto de delito, figura delictiva, pero en los que falta, sin embargo, el carácter de ser antijurídicos, de contrarios al Derecho, que es el elemento más importante del crimen." (11) En otras palabras las Causas de Justificación, son aquellos actos realizados conforme a Derecho.

Para Mayer las Causas de Justificación se basan, en dos cosas, la primera es en la lucha contra lo injusto, y la segunda, en el valor del interés protegido. Dentro del primer grupo, que es el de la lucha contra lo injusto, tenemos: el Deber Jurídico, la Legítima Defensa y la Ayuda Propia. En el segundo, que es el reconocimiento del interés protegido, encontramos: La norma general, que es la que no se opone a la norma de cultura; la esfera de libertad que se deja por el Estado, que es el consentimiento de la víctima y la actividad curativa del Médico; y por último, tenemos la corrección.

De acuerdo a la definición dada por Augusto Kohler (12), las Causas de Justificación son las que excluyen la antijuridicidad de la conducta que entra en el hecho objetivo determinado en una Ley Penal, dando como resultado que, al concurrir alguna de éstas, la conducta imputable resulta efectuada conforme a Derecho, pues no ha sido contraria a él.

Para comprender mejor esta parte del presente trabajo me permito tomar parte del pensamiento del autor Mariano Jiménez Huerta, que dice: "La vida humana ocupa el primer rango en la escala ideal de los valores, habida cuenta de que cuando se pierde la vida salen sobrando todos los demás valores humanos. De ahí, que en los modernos tiempos las leyes punitivas sancionen con las más graves penas el hecho de segar la vida del hombre. Una tutela justa y eficaz del bien jurídico de la vida sólo puede alcanzarse si se toman en cuenta y se matizan los diversos modos, circunstancias, situaciones personales y objetivas, y medios de ejecución que concurran en la conducta que causa como resultado la privación de la vida humana." (13)

Como se puede observar, él se refiere a las causas de exclusión del delito, contempladas en el artículo 15 de nuestro Código Penal para el Distrito Federal vigente, sin embargo, no hay una causa explícita que conceda el perdón judicial a aquella persona que ejecute o lleve a cabo una muerte por piedad y compasión. Por este motivo y para aclarar un poco de que trata el artículo 15 del Código Penal, lo cito textualmente: CAUSAS DE EXCLUSION DEL DELITO

"Artículo 15. El delito se excluye cuando:

- I. El hecho se realice sin intervención de la voluntad del agente;
- II. Se demuestre la inexistencia de alguno de los elementos que integran la descripción típica del delito de que se trate;
- III. Se actúe con el consentimiento del titular del bien jurídico afectado, siempre que se llenen los siguientes requisitos:
 - a) Que el bien jurídico sea disponible;
 - b) Que el titular del bien tenga la capacidad jurídica para disponer libremente del mismo, y
 - c) Que el consentimiento sea expreso o tácito y sin que medie algún vicio; o bien, que el hecho se realice en circunstancias tales que permitan fundadamente presumir que, de haberse consultado al titular, éste hubiese otorgado el mismo;
- IV. Se repela una agresión real, actual e inminente, y sin derecho, en protección de bienes jurídicos propios o ajenos, siempre que exista necesidad de la defensa y racionalidad de los medios empleados y no medie provocación dolosa suficiente e inmediata por parte del agredido o de la persona a quien se defiende.

Se presumirá como defensa legítima, salvo prueba en contrario, el hecho de causar daño a quien por cualquier medio trate de penetrar, sin derecho, al hogar del agente, al de su familia, a sus dependencias, o a los de cualquier persona que tenga la obligación de defender, al sitio donde se encuentren bienes propios o ajenos respecto de los que exista

la misma obligación; o bien, lo encuentre en alguno de aquellos lugares en circunstancias tales que revelen la probabilidad de una agresión;

V. Se obre por la necesidad de salvaguardar un bien jurídico propio o ajeno de un peligro real, actual o inminente, no ocasionado dolosamente por el agente, lesionando otro bien de menor o igual valor que el salvaguardado, siempre que el peligro no sea evitable por otros medios y el agente no tuviere el deber jurídico de afrontarlo;

VI. La acción o la omisión se realicen en cumplimiento de un deber jurídico o en ejercicio de un derecho, siempre que exista necesidad racional del medio empleado para cumplir el deber o ejercer el derecho, y que este último no se realice con el solo propósito de perjudicar a otro;

VII. Al momento de realizar el hecho típico el agente no tenga la capacidad de comprender el carácter ilícito de aquél o de conducirse de acuerdo con esa comprensión, en virtud de padecer trastorno mental o desarrollo intelectual retardado, a no ser que el agente hubiere provocado su trastorno mental dolosa o culposamente, en cuyo caso responderá por el resultado típico siempre y cuando lo haya previsto o le fuere previsible.

Cuando la capacidad a que se refiere el párrafo anterior sólo se encuentre considerablemente disminuida, se estará a lo dispuesto en el artículo 69-Bis. de este Código;

VIII. Se realice la acción o la omisión bajo un error invencible:

a) Sobre alguno de los elementos esenciales que integran el tipo penal;

b) Respecto de la ilicitud de la conducta, ya sea porque el sujeto desconozca la existencia de la ley o el alcance de la misma, o porque crea que está justificada su conducta.

Si los errores a que se refieren los incisos anteriores son vencibles, se estará a lo dispuesto por el artículo 66 de este Código;

IX. Atentas las circunstancias que concurren en la realización de una conducta ilícita, no sea racionalmente exigible al agente una conducta diversa a la que realizó, en virtud de no haberse podido determinar a actuar conforme a derecho, o

X. El resultado típico se produce por caso fortuito.

Este artículo 15 del Código Penal para el Distrito Federal es la declaración expresa del legislador de los casos en los que la antijuricidad puede ser eliminada; a través de él, el Estado excluye la antijuricidad que en condiciones ordinarias subsistiría, en este artículo encontramos, la legítima defensa, estado de necesidad, cumplimiento de un deber o el ejercicio de un derecho; en todas estas causas, no existe temibilidad alguna en el sujeto activo, sino que su proceder es originado por circunstancias especiales, de manera que, la muerte piadosa bien puede

ser considerada dentro de este precepto legal, toda vez que, dicha acción está movida por fines piadosos, caritativos, de compasión y en el médico que la practique no debe existir ni el más mínimo grado de temibilidad, pues él, sólo cumpliría con una voluntad y concedería un alivio a una situación insoportable para un semejante.

Expuestos los motivos anteriores es apropiado proponer una adición al citado artículo 15 del Código Penal para el Distrito Federal, agregándole una fracción más, que sería la fracción número XI, quedando de la siguiente manera:

Artículo 15.- El delito se excluye cuando:...

...XI. Se produzca la privación de la vida por Médicos, por móviles de piedad, mediante súplicas notorias y reiteradas de la víctima, ante la inutilidad de todo auxilio por salvar su vida.

De igual manera sería necesaria una reforma en la Ley general de salud, en la cual se especificarían los requisitos necesarios para llevar a cabo una muerte piadosa.

4.4 El Homicidio consentido.

Sabemos que, en los delitos contra la vida o la integridad corporal, el consentimiento no exime de pena; y por ello, el homicidio consentido aparece en ciertos Códigos Penales, como figura de delito, aunque sea castigado con una sanción menor. Junto con este tema podemos estudiar el homicidio por piedad y el criterio atenuante que se aplica al homicidio consentido. La pregunta que surge a este respecto es la siguiente: ¿Qué criterio deben adoptar los juristas ante un homicidio efectuado por compasión?

Respondiendo esta pregunta existiría un debate y una polémica interminable que quizás llevaría mucho tiempo resolver, sin embargo, se puede asumir una norma de severidad y no aceptar excluyentes del delito y entonces el homicidio consentido y ejecutado con fines eutanásicos no sería más que un homicidio simple. Otro sistema menos duro hace del homicidio compasivo una figura de delito atenuada por el móvil. No es raro que los códigos construyan especiales infracciones, caracterizadas por el motivo, en las que la pena es menos alta. Así, el infanticidio aparece en todos los cuerpos legales como un homicidio

castigado con una penalidad menor; así también, se ha sancionado el homicidio pasional más levemente que el delito del homicidio ordinario, y que se caracteriza por el estado de emoción violenta que las circunstancias hicieren excusable. En este mismo sentido son varios los códigos europeos y americanos que han seguido el criterio atenuante en orden concreto al homicidio piadoso y no faltan diversos autores que se pronuncian en pro de la creación de una figura especial atenuada para el homicidio consentido en que se aplique la muerte dada por piedad. Pero lo que definitivamente importaría más, es definir el criterio de impunidad y las causas justificadoras o excusantes de tal conducta.

En el estudio del aspecto legal de la eutanasia voluntaria, destacaría como elemento central de la justificación de ésta, el consentimiento de la víctima. Se aduce, entre otras, la máxima del Derecho Romano:

"Nulla injuria est, quae in volentem fiat", es decir, el consentimiento de la víctima excluye el delito de injuria. Injuria era la lesión jurídica de una persona en su cuerpo, su situación jurídica o su honor. (14) Sin embargo, esta máxima es peligrosa, pues una de las finalidades del derecho, es el carácter público, el cual está sobre la voluntad de los particulares.

Algunos de los códigos penales modernos consideran el homicidio con consentimiento de la víctima y lo penalizan más levemente que el homicidio simple. Edmund Mezger, destacado jurista alemán, opina que la eficacia del consentimiento no es absoluta, sino que depende de que el titular del objeto de la acción, lo sea también del objeto de protección. Es obvio, el titular del consentimiento para que algo se realice, debe ser titular del bien u objeto del que se dispone. Aunque el consentimiento pudiese tener efectos justificantes en las acciones contrarias a la norma, y su valor psicológico fuera revelador de una intención clara y premeditada, solo sería aplicable a una parte del problema, toda vez que, el amplio ámbito de la muerte piadosa, no solo abarca a los enfermos incurables que demandan la muerte, sino también a accidentados inconscientes, que si recobran sus sentidos solo lo harían para encontrarse en el más miserable estado. Para estos casos, no es posible invocar el consentimiento; es cierto, que sería viable suplir su voluntad con la de sus familiares, motivo por el cual es necesario crear Comisiones oficiales, encargadas de decretar la muerte de esos seres; con ello no sería el consentimiento el único requisito de procedibilidad para ser beneficiado por la muerte piadosa, sino que dichas Comisiones, revisarían el móvil que se sigue, la verdadera incurabilidad del mal que aqueja al enfermo y sobre todo la irreversibilidad de los daños ya causados en el organismo del enfermo.

La vida, prescindiendo de toda disquisición filosófica o ética, es un bien indisponible por voluntad expresa del legislador, por lo que la anuencia para que se prive de la vida es irrelevante. Sin embargo, el consentimiento de la víctima, en algunos casos puede significar una sensible disminución de la antisocialidad de la conducta, por lo que el legislador ha establecido en el artículo 205 del Código Penal del Estado de Guanajuato una pena de uno a quince años de prisión para castigar el hecho; para entenderlo mejor, transcribo el artículo en cuestión:

“Artículo 205.- Al que cometa homicidio con consentimiento válido de la víctima se le aplicará de uno a quince años de prisión.”

Como podemos apreciar, en el citado artículo del Código Penal del Estado de Guanajuato es el único que contempla el homicidio consentido; sin embargo, el consentimiento de la víctima sirve solo para reducir la pena impuesta al homicidio común, ya que ésta va de ocho a dieciséis años de prisión. El consentimiento de la víctima no puede tener el valor de borrar la criminalidad del acto, excluyendo toda pena, solo sirve de atenuante; sin embargo, no todo se debe fundar en el solo consentimiento de la víctima, sino en el móvil piadoso, altruista que se persigue con la ejecución de un homicidio piadoso, por lo que el juzgador deberá tener especial cuidado para determinar los móviles de la conducta del homicida a fin de individualizar correctamente su resolución. Además, en los casos de muerte por piedad que han ocurrido, ninguno habla del consentimiento, sino del móvil piadoso que lo llevó a cometer tal acto.

El homicidio consentido se distingue de la inducción o el auxilio al suicidio, en que, en el suicidio el sujeto ejecuta la acción, por lo que no puede considerarse como un homicidio, sino que la víctima, se priva a sí misma de la vida y no siendo el suicidio una conducta típica penal, inducir o auxiliar a que alguien se suicide no puede constituir participación en un delito, la figura adquiere entonces perfiles propios que le prestan plena autonomía. La inducción es el influjo psicológico que se ejerce para determinar a alguien a ejecutar un hecho. El auxilio consiste en prestar colaboración o cooperación de cualquier especie para la ejecución del suicidio, pero con influencia causal en el mismo. El auxilio puede ser físico o moral y por tanto su influjo puede ser psíquico o material. Es una forma de intervención secundaria en la producción del resultado, sin tomar parte en la ejecución y cuando la intervención entrañe la ejecución de la muerte, se estará en presencia de un homicidio consentido. (15)

Como marco legal de lo expuesto anteriormente existe el artículo 312 del Código Penal para el Distrito Federal, que dice:

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

En este artículo se encuentran sancionados tanto el auxilio como la inducción al suicidio, así como la prestación de auxilio hasta el punto de ejecutar la muerte del suicida; sin embargo, creo yo que, ya no sería suicidio, pues éste consiste en privarse a sí mismo de la vida, y en este caso se estaría ante un homicidio consentido. Esta figura delictiva que Ferri llama homicidio-suicidio, ha sido recientemente estudiada por diversos autores. Además esta figura penal del homicidio consentido ha sido objeto de sanciones atenuadas o equiparada al homicidio simple por un gran número de códigos penales.

La cooperación en el suicidio por instigación o por ayuda, como procurar el veneno o el arma, ha encontrado también sanción en los códigos penales, como delito propio denominado "participación en el suicidio ajeno", pues sin ello, como observa Francesco Carrara, no podría ser punible, ya que sería absurdo hablar de cómplices del suicidio no siendo éste un delito.

Enrique Ferri, al abogar por la impunidad del homicidio-suicidio en ciertos casos, aporta varios argumentos elocuentes. Afirma que existe un derecho de morir, implícitamente reconocido por las leyes al no castigar el suicidio. Pero, en cambio, es certera la valoración de los motivos. Si el que da muerte a un enfermo incurable, que demanda insistentemente el fin de sus padecimientos, lo hace con un móvil antisocial para alcanzar más pronto la herencia o para deshacerse de la pesada carga que representa el enfermo de un mal crónico, entonces sería absurdo declarar la impunidad, puesto que el agente es peligroso; pero en cambio, cuando le movieron fines altruistas, como la piedad, sería inútil imponerle una pena, porque como diría Jiménez de Asúa, no estamos ante un caso de temibilidad.

El móvil no egoísta que guía al homicida pladoso es, pues, el único criterio aceptable para declarar la impunidad, ya que el tratamiento punitivo o asegurador debe ser ejecutado tan sólo sobre individuos peligrosos, quedando libres de toda intervención penal quienes no son temibles por el motivo noble que les mueve. Profundizando en este sentido, el móvil que impulsa al autor de una muerte practicada sobre

un enfermo sin salvación, incurable, ¿será una causa justificativa, un fundamento de inculpabilidad o una excusa absolutoria?

Otorgar la cualidad de causa de justificación a la muerte por piedad, expresa el maestro Jiménez de Asúa, es ir demasiado lejos. "Reconocer que falta en tales actos, el carácter de antijurídicos, de contrarios al derecho, me deja transido de perplejidad". Menos mal me parecería ampararlos bajo la rúbrica de causas de inculpabilidad, es decir, motivos que excluyen culpabilidad, o acaso sería mejor dotarlos de la más restringida propiedad de excusas absolutorias, que son aquellos hechos en que a pesar de darse los caracteres de antijuridicidad y culpabilidad quedan impunes por razón de las circunstancias que concurren en la persona del autor. (16)

Reflexionando al respecto, considero que, se deben aceptar de pleno, las organizaciones con todo el aparato de legalidad, que se encargan del exterminio de las personas aquejadas de incurables males. De esas comisiones encargadas de dictaminar sobre el aniquilamiento de los enfermos sin salvación, y esos establecimientos en que se practicaría oficialmente la muerte por piedad, postulados por diversos autores e investigadores, que levantarían huracanes de protestas en la sentimentabilidad del pueblo, y que de algún modo, son necesarias. Pero el problema de la muerte dada por compasión al enfermo incurable y dolorido, consciente de su mal y de su estado, que desea abreviar sus padecimientos, debe ser resuelto con justicia y humanidad. Para hallar una solución correcta es preciso fraccionar el tema. Hay que distinguir la eutanasia egoísta de la práctica de la muerte por piedad ejercida por familiares o amigos fieles y desinteresados.

El suicidio.

En los pueblos primitivos y hasta el siglo pasado se han encontrado tres causas, que propician el suicidio altruista, que como veremos a continuación se han presentado desde hace miles de años. La primera de ellas, tiene que ver con las personas de edad avanzada o que son atacados por una enfermedad; la segunda, se refiere a mujeres que a la muerte de su esposo deben suicidarse; y la última, es con relación a los servidores y sus jefes, que a su muerte, ninguno de ellos debe sobrevivir. A continuación, mencionaremos algunos ejemplos de suicidios altruistas, que nos aclararán el nombre de suicidio altruista.

En diferentes escritos de varios autores hemos encontrado que el suicidio se ha practicado desde tiempos inmemorables, para iniciar este

breve recorrido por la historia del suicidio, tomaré palabras de Bartholia, citadas por Emilio Durkheim, en su obra "El Suicidio", como primera referencia, nos habla de los guerreros daneses "que consideraban que era una vergüenza morir en su cama, ya sea de vejez o de una enfermedad, y se suicidaban para escapar a esta ignominia." (17) Los Godos, tenían la idea de que, si morían de alguna causa natural estaban destinados a pudrirse en "antros llenos de animales ponzoñosos" por siempre. Los visigodos, los Tracios y los Hérulos, que ya estaban cansados de la vida por su avanzada edad, se lanzaban desde una piedra elevada hacia el vacío. Los Celtas españoles, tenían una idea similar a la de los guerreros daneses, pues creían que, a los que se entregaban a la muerte les esperaba una Mansión llena de delicias, mientras que a los muertos de vejez, les aguardaba un espantoso espacio subterráneo. Aparte de los viejos, encontramos una práctica nada usual en las naciones civilizadas, consistente en que, las viudas estaban obligadas a matarse después del fallecimiento de su marido, esto generalmente se observó en la India hasta el Siglo pasado. La tercera y última de las principales causas de suicidio, que se presentaron en el pasado, es la que está ligada a la fidelidad de los trabajadores a la muerte de sus jefes. Cuando el superior jerárquico o jefe, fallecía, todos sus subordinados debían morir.

El suicidio, por sí mismo, no es delito ni constituye un hecho de otro modo prohibido expresamente por el Derecho. Esto depende, más que de la imposibilidad práctica de una eficaz represión, de que el Derecho no se ocupa de las acciones que no salen de la esfera íntima del individuo. Por consiguiente, han quedado abandonadas las antiguas aberraciones punitivas del suicidio, las que en la actualidad sólo tienen un interés meramente histórico-sociológico.

El suicidio, sin embargo ha interesado vivamente a los sociólogos y suscitado en ellos grandes filosofías ya que han revelado sentimientos y costumbres imperantes en los diversos ciclos de la historia. En una primera época, el signo cultural del suicidio fue la reprobación y el castigo por estimarse que el crimen era su raíz profunda. Durante mucho tiempo el suicidio fue objeto de penas infamantes y pecuniarias. En un segundo período, el suicidio aumentó en forma impresionante y es contemplado con decadente indiferencia. Middendorff subraya que: "La ilustración anunció el derecho del individuo a disponer libremente de su cuerpo; además de Voltaire, Montesquieu y Rousseau, se pronunció, en este sentido Marat en su Plan de una legislación criminal. El hombre está ligado a la sociedad sólo para el bienestar; cuando únicamente encuentra en ella miseria, es libre de abandonarla." (18)

Un último momento cultural en torno al suicidio surge de los lazos de la solidaridad humana actualmente imperante en casi todos los países. Son así superados todos los residuos de reprobación y hasta en Inglaterra en la década de los sesenta el suicidio deja de ser un delito. Desaparecen las egoístas concepciones individualistas y se abre paso, lenta pero firmemente, a un pensamiento de generosa comprensión humana y una acción social de eficaz ayuda.

Emilio Durkheim dice: "Se llama suicidio a todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo, ejecutado por la propia víctima, a sabiendas que habría de producir ese resultado." (19) El suicidio adquiere relevancia penal, cuando en su causación concurre, además de la actividad del suicida, otra fuerza individual extraña. Este concurso de energía integra aquella relación de personas que determina la intervención penal contra el extraño, del cual proviene el elemento que hace salir el hecho de la esfera íntima del suicida. Y así, en la primera parte del artículo 312 de nuestro Código Penal para el Distrito Federal se establece, que:

"Artículo 312. El que prestare auxilio o indujere a otro para que se suicide, será castigado con la pena de uno a cinco años de prisión." Como podemos darnos cuenta el auxilio o la inducción al suicidio cobran relevancia en el ámbito jurídico, toda vez que el legislador, desde mi muy particular punto de vista, lo que quiso tutelar, fue, el que nadie invadiera la esfera individual de cada persona y si esa persona toma una decisión tan drástica, sea por convicción propia y no haya sido manipulado por alguien más.

Como podemos deducir de lo expuesto en páginas anteriores, son figuras distintas tanto el suicidio, como la inducción o el auxilio al suicidio; mientras que la primera de éstas no es punible, la segunda se castiga con una pena privativa de la libertad, que va de uno a cinco años.

En nuestra legislación la muerte que se causa una persona voluntariamente y por su propia mano, no constituye delito; así como, tampoco lo constituye la tentativa, porque si el suicidio consumado no es figura delictiva, menos podrá serlo la tentativa, ya que el sujeto no está realizando hechos encaminados directamente a un delito. Considero que, el imponer un castigo a alguien que ha atentado contra su propia vida es inútil, ya que la vida se le haría más insoportable, razón por la cual volvería a intentar suicidarse en forma inequívoca. Y para apoyar este pensamiento, cito palabras de Montesquieu, quien se expresa como un jurista y un hombre de buen sentido. "El suicidio -dice el insigne

milanés- es un delito que parece no poder estar sometido a pena alguna propiamente dicha, pues esta pena solo podría caer sobre un cuerpo insensible y sin vida, o sobre unos inocentes. Además, los castigos que se impusieran contra los restos inanimados del culpable, no podrían producir otra impresión sobre los espectadores que las que ellos experimentarían viendo fustigar una estatua y, por otra parte sería repugnante a nuestras costumbres actuales... No se ejerce ninguna represión sobre el cadáver, porque sería cruel y bárbaro castigar un cuerpo frío e insensible. "(20)

Como vemos hoy es casi unánime la impunidad del suicidio en los pueblos cultos; sin embargo, no faltan algunos juristas que desearían volver a ver incluido el suicidio entre los delitos, como medio de obligar al suicida en potencia a que reflexione sobre el acto que va a ejecutar. Y ya que hablamos del suicidio, debemos tocar el tema del homicidio-suicidio, estudiado ampliamente por Enrico Ferri en su obra denominada de la misma manera "El homicidio-suicidio", de donde me permito citar las siguientes líneas: "No sé yo, verdaderamente porque razón esta vida que el hombre no pide a nadie, sino que le es concedida por una fatalidad natural, le puede ser jurídicamente impuesta permanentemente por la sociedad, ya que la necesidad de existencia social es bastante compleja. Una cosa es que cuando el hombre vive en sociedad tenga que imponer ciertos límites a su actividad externa y otra cosa es afirmar que el hombre no puede decidir sobre su propia vida." (21)

Este argumento de Ferri, para mí es muy acertado, toda vez que, por una parte el hombre nunca pide su nacimiento, y por otra, la sociedad, una vez teniendo vida el individuo, jurídicamente lo está protegiendo, considerando como vida al no nacido aún; pero nadie considera, por ejemplo, que tan favorable será el nacimiento de un sujeto con malformaciones múltiples a consecuencias de determinadas características biológicas; se dice que es homicidio privarlo de la vida, sabiendo que al nacer o tiempo después morirá; o bien, aquel enfermo con padecimiento oncológico o hematológico, que después de varios años de sobrevida se presentan las características que indican su fase terminal, y no obstante a ello jurídicamente su vida está protegida aún cuando sólo se trata de una agonía. La sociedad impone esa "vida", al no estar reconocido por ende, el derecho a la muerte que sería el término y descanso de esa vida que nunca pidió su creación.

El mismo Ferri se interroga respecto al derecho del hombre para disponer de su propia existencia, y se pregunta ¿si el consentimiento del

hombre a su propia muerte tiene valor jurídico y hasta que límites?, él mismo responde de la siguiente manera:

"El hombre tiene la libre disposición de su propia existencia, quien mata a otro, previo el consentimiento de éste, no es jurídicamente responsable, si aquél fue compelido al acto, aparte del consentimiento de la víctima, por un motivo legítimo y social, y es por el contrario, jurídicamente punible si el motivo determinante de su acción es inmoral, antijurídico y antisocial." (22) Podemos darnos cuenta de que Ferrí, invoca el derecho de morir, y, puesto que el suicidio queda impune ante la ley, y si el hombre tiene derecho de ejercerlo por sí mismo, ¿no se puede autorizar su derecho de hacerlo ejecutar por otro?.

A este respecto, Jiménez de Asúa apoya el pensamiento de Ferrí, diciendo: "El móvil no egoísta que guía al homicidio piadoso es el único criterio para declarar la impunidad, dado que el tratamiento punitivo, debe ser actuado sobre individuos peligrosos, quedando libres aquellos que no sean temibles por el noble motivo que les mueve." (23)

Luego de haber realizado este pequeño análisis del auxilio al suicidio vemos que, esta figura nos conduce al homicidio consentido, cuando la cooperación a la voluntad ajena de abandonar este mundo, llega al extremo de dar la muerte al que la solicita. Encontramos pues, que, ambas conductas se encuentran contempladas en los Códigos Penales de muchos estados de nuestra República, y otros países, en México el homicidio consentido solo lo encontramos contemplado como tal en el Código Penal del Estado de Guanajuato en el numeral 205, mientras que el auxilio al suicidio se encuentra en la mayoría de los Códigos Penales de los estados y en el del Distrito Federal.

Partiendo de la definición del suicidio, entendemos que, el suicidio debe ser realizado por la propia víctima, y al ser auxiliado por un sujeto al grado de que lo ejecute, entonces estamos ante la figura conocida como homicidio consentido; sin embargo, no debemos confundir a la muerte piadosa con esta figura, toda vez que, ésta se lleva a cabo por móviles caritativos y de infinita humanidad, si bien es cierto que se requiere del consentimiento del sujeto, también es cierto que existen casos en los que dicho consentimiento no se puede obtener del propio sujeto y además, no es el único fundamento de esta acción; por otro lado, y como ya se mencionó, la muerte piadosa no debe ser una figura atenuada, sino que debe ser reconocida como una de las causas que excluyen el delito.

4.5 El artículo 103 de la Ley general de salud y la necesidad de reformarlo.

Hemos revisado, en los capítulos anteriores el tema de la eutanasia o muerte piadosa desde diversas disciplinas: la historia, la ética y la moral, la psicología y la medicina. Y aunque al estudiar estas ramas he aludido a los aspectos jurídicos, considero, sin embargo, que conviene cerrar esta investigación con un análisis más detallado en este sentido.

Antes de continuar con el desarrollo del presente apartado, es necesario conocer el artículo 103 de la Ley general de salud y por ello es que a continuación lo transcribo:

"Artículo 103.- En el tratamiento de una persona enferma, el médico podrá utilizar nuevos recursos terapéuticos o de diagnóstico, cuando exista posibilidad fundada de salvar la vida, restablecer la salud o disminuir el sufrimiento del paciente, siempre que cuente con el consentimiento por escrito de éste, de su representante legal, en su caso, o del familiar más cercano en vínculo, y sin perjuicio de cumplir con los demás requisitos que determine esta ley y otras disposiciones legales aplicables."

Este artículo nos habla acerca de la posibilidad que tienen los enfermos, de poder utilizar recursos terapéuticos cuando exista posibilidad de salvarle la vida, restablecerle la salud o disminuirle el sufrimiento, entonces ¿por qué no permite suspender los tratamientos ya aplicados que solo hacen más prolongada la tortuosa agonía; e inclusive por qué, no permitir que se apliquen dichos tratamientos para acabar con esa larga cadena de sufrimientos?

Intentaré partir del punto fundamental alrededor del cual gira la problemática de la muerte piadosa, que es el contenido y límites de la protección del bien jurídico que es la vida, pues es obvio que en un sistema jurídico que conciba a la vida como un derecho absoluto e intangible y reducido a su cualidad físico-biológica, difícilmente habría lugar para la justificación de la muerte piadosa; mientras que, al contrario, en la hipótesis de que se reconociera la absoluta disponibilidad del derecho a la vida por parte de ciertos profesionales, familiares, y no sólo de su titular, podrían hallarse jurídicamente justificadas las conductas eutanásicas.

Considero que la solución jurídica de la muerte piadosa exige abordar como una cuestión primordial, cuál es el alcance constitucional del derecho a la vida; en concreto, hay que determinar en que relación

se hallan el derecho a la vida con la libertad y la dignidad. En otras palabras, es necesario establecer si el derecho a la autodeterminación del titular de la vida es un límite a su protección absoluta, y en cuyo caso podría hablarse de legitimación de la eutanasia voluntaria, y en segundo lugar, si existen otros criterios que pudieran modular esa protección absoluta, lo que permitiría la justificación de conductas eutanásicas no voluntarias.

La postura tradicional sobre el derecho a la vida lo concibe como un derecho absoluto e inalienable, con lo que se quiere hacer referencia a la indisponibilidad por parte de su titular. (24) Afirmar, por tanto, que el derecho a la vida es intangible o inalienable equivale a sostener que existe un deber de conservar la propia vida o, por decirlo de otro modo, que no existe un derecho a elegir la propia muerte. Ahora bien, al sostener que la vida es indisponible incluso por su propio titular, se está asumiendo implícitamente la imposición de un límite bastante serio al principio de autonomía de los individuos, razón por la cual la tesis de la indisponibilidad de la vida peca, a juicio de algunos autores, de enmascarar un cierto paternalismo. (25)

Desde luego, la prohibición de disponer de la propia vida es una norma paternalista, porque se encamina a proteger al propio sujeto de sí mismo, sin tener en cuenta cuál es su voluntad. Del mismo parecer se presentan varios autores quienes entienden que de llevar hasta sus últimas consecuencias el principio de la autonomía de la voluntad, la vida sólo debe ser defendida si el sujeto pasivo así lo requiere. Lo que significa el derecho a la vida es que éste ha de suponer una protección de la misma, compatible con la libertad, de la que deberá desprenderse la absoluta irrelevancia constitucional de la vida no deseada libremente por su titular. No se trata de que deba prevalecer la libertad sobre la vida en caso de conflicto, ya que no hay conflicto posible, pues sólo la vida compatible con la libertad es objeto de reconocimiento constitucional. (26) A este respecto, comparto la idea de que el derecho a la vida hay que interpretarlo a la luz de la libertad, pero afirmar que la vida no deseada libremente carece de relevancia constitucional es ir demasiado lejos, a no ser que con ello el autor quiera indicar que la Constitución debe respetar las decisiones sobre la propia vida libremente adoptadas. La vida, aún la no deseada libremente, tiene relevancia constitucional y por lo mismo goza de protección frente a ataques de terceros.

En este sentido, coincido con lo expresado por Maunz-Durig-Herzog de que el significado del derecho a la vida es, por un lado, una exigencia de que el estado respete las vidas humanas, que se traduce en suprimir

la pena de muerte, de respetar la integridad física y moral de las personas y de no inflingirles tratos inhumanos o degradantes, y por el otro lado, el derecho a la vida implica el deber estatal de protegerla frente a cualquier atentado de terceros. (27)

Antes de continuar con el presente apartado, citaré textualmente el segundo párrafo del artículo 14 de nuestra Carta Magna, toda vez que, es necesaria para comprender esta parte de la presente investigación:

"Artículo 14.- A ninguna ley se dará efecto retroactivo en perjuicio de persona alguna.

Nadie podrá ser privado de la vida, la libertad o de sus propiedades, posesiones o derechos, sino mediante juicio seguido ante los tribunales previamente establecidos, en el que se cumplan las formalidades esenciales del procedimiento y conforme a las leyes expedidas con anterioridad al hecho.

En mi opinión, lo que el artículo 14 segundo párrafo de nuestra Constitución ampara es un derecho con una vertiente garantista, que implica que el titular de ese derecho puede exigir su protección jurídica, lo que se traduce en la posibilidad de someter sus inconformidades ante los tribunales cuando sea amenazado. El derecho a la vida supone no sólo el derecho a vivir, que impone a los demás el deber de no matarme, sino también el derecho a morir que impone a los demás el de no impedirme ejecutar mi decisión de morir. Por tanto "cuanto no soy capaz de terminar con mi propia vida, renuncio a mi derecho a la vida ejerciendo mi derecho a morir." (28)

Hasta el momento, la argumentación constitucional sobre el carácter del derecho a la vida ha girado en torno al problema de la libre disponibilidad por su titular, donde se concluyó que el valor libertad impregna todo el sistema y exige una interpretación de los derechos y libertades fundamentales coherentes con dicho valor, estableciendo un derecho a la vida autodisponible.

Ahora, de llevarse a cabo este postulado hasta el final, es indudable que resultaría justificada la eutanasia voluntaria. Sin embargo, con ello no quedaría agotado el enjuiciamiento moral de la eutanasia, y ello porque si la libertad del sujeto constituye una circunstancia de fundamental valoración, con seguridad no es la única que merece ser atendida. En la muerte piadosa, se encuentra implicada también la dignidad humana, y para comprenderla existen situaciones típicas en que tal conducta se produce: enfermos comatosos o irreversibles,

existencias trágicas sin posibilidad de recuperación, etc. En suma, situaciones en las que es lícito dudar si la vida puede seguir concibiéndose como un fin vinculado al desarrollo de las potencialidades de una existencia humana, o si más bien se ha convertido en un medio para la simple existencia biológica. De esta manera todo derecho y libertad fundamental supone la dignidad humana, pues ésta es el cimiento y la razón de ser todo el edificio constitucional. De este modo puede afirmarse que "la Constitución al reconocer y tutelar los derechos inherentes a la dignidad de la persona, admite, al mismo tiempo, su función humanizadora de las estructuras jurídicas, políticas, económicas y sociales, porque un Estado social y democrático de derecho se establece en favor de la persona." (29) Así pues, si el derecho a la vida ha de interpretarse a la luz de la dignidad humana, ésta tiene un contenido formal que se resuelve en la propia libertad de la persona, porque en definitiva, "el núcleo esencial de la dignidad del hombre es la posibilidad de ejercer su libertad." (30)

Determinar lo que en nuestra cultura significa vida digna, no es algo sencillo, pero resulta importante, porque si el derecho a la vida a de interpretarse a la luz de la dignidad, cuando ésta se vulnera irreversiblemente la vida perdería definitivamente su sentido, al menos, su sentido humano; entonces un móvil piadoso vendría a reforzar la legitimidad de la eutanasia voluntaria, y en cualquier caso, debería ser tomada en cuenta como una excluyente del delito. Considero, como ya he manifestado anteriormente, que para apreciar la dignidad de la vida no debe considerarse solamente la existencia física, sino que también habrá de tenerse en cuenta que ésta se desarrolle con ciertos niveles de calidad.

La antigua medicina fracasaba cuando la lesión de la existencia biológica amenazaba el valor de la dignidad, esto es, existencia y dignidad se apagaban conjuntamente. No parece que actualmente ocurra así, pues la ciencia médica es capaz en muchos casos de prolongar la existencia más allá de lo que exigiría cualquier criterio de calidad. La cuestión es entonces, si la moral y el derecho deben seguir prestando el mismo tratamiento indiferente o sí, por el contrario, no es más razonable modular la protección de la existencia física en nombre de lo que reclama una existencia cualitativamente digna, no imponiendo la realización de prácticas médicas extraordinarias o desproporcionadas cuando no existen posibilidades de recuperación.

Existen tres casos, reconocidos ampliamente por el Derecho, en que el matar es considerado justificado: el matar en la guerra, el matar en

legítima defensa y el matar mediante la pena de muerte. ¿No podría ser considerada la muerte piadosa también como un matar justificado?

Diversos autores defienden la causa del hombre que suprime de la vida a su semejante, impulsado por móviles altruistas de compasión y piedad, tratando el tema no sólo desde el aspecto jurídico, sino también en su aspecto real y humano. Se considera que de acuerdo con la técnica penal moderna la determinación de la sanción, debe hacerse estudiando con meticulosidad las variadas hipótesis del delito y las diversas circunstancias que determinan la peligrosidad de un sujeto delincuente, por lo tanto, el legislador tiene como obligación estudiar el delito no como un fenómeno abstracto, sino como una conducta humana compleja, dejando así al juzgador, aplicar la ley, realizando en forma correcta su función de impartir justicia. (31)

En vista de los numerosos casos de muerte por piedad ocurridos, nos dice Luis Alberto Bouza, que: "Demuestra que estamos frente a un problema vivo, generalmente inspirado en la moral de la calidad humana, que pone precisamente en evidencia el dolor de un semejante que sufre frente a él; el jurista no puede y menos aún el legislador, cerrar los ojos. La ley, debe contemplar la situación de aquellos que abrevian los sufrimientos torturantes de una agonía dolorosa en enfermos incurables, que suplican en forma reiterada e insistente, la muerte que ponga fin a su dolor." (32)

Considerando que en nuestro sistema jurídico los pocos preceptos legales existentes que contemplan los actos de muerte por piedad, la consideran como un homicidio atenuado, imponiéndole una pena de prisión, que desde mi punto de vista no debe ser, pues sería mejor si se considera como una causa excluyente del delito. En mi criterio, se debe legislar al respecto, dando margen al juzgador, para que al realizar el estudio meticuloso en cada caso, el Juez pueda dar e impartir justicia dando así, la solución adecuada al problema de la muerte piadosa.

Ahora bien, en la práctica diaria, determinar realmente el móvil del homicida es sumamente complejo. A este respecto el Código Penal del Estado de México que entró en vigor en 1961, es uno de los pocos códigos penales de los Estados de la República Mexicana que legisla expresamente sobre la muerte piadosa, junto con los Códigos Penales de Hidalgo, Querétaro y Quintana Roo, por ello cito los artículos referentes al caso que nos ocupa, de cada uno de los códigos mencionados anteriormente.

En efecto el artículo 234 del Código Penal para el Estado de México dice: "Será castigado con prisión de seis meses a diez años y multa hasta de diez mil pesos el homicidio cometido:

I. En estado de emoción violenta que las circunstancias hicieren excusables;

II. En vindicación próxima de una ofensa grave causada al autor del delito, su cónyuge, concubino, ascendientes, descendientes y hermanos;

III. Por móviles de piedad, mediante súplicas notorias y reiteradas de la víctima, ante la inutilidad de todo auxilio para salvar la vida." (33)

El artículo 157 del Código Penal del Estado de Quintana Roo, en nada cambia del artículo 234 del Código Penal para el Estado de México, ya que presentan la misma penalidad, e inclusive la misma redacción.

"Artículo 157.- "Será castigado con prisión de seis meses a diez años y multa hasta de diez mil pesos el homicidio cometido:

I. En estado de emoción violenta que las circunstancias hicieren excusables;

II. En vindicación próxima de una ofensa grave causada al autor del delito, su cónyuge, concubino, ascendientes, descendientes y hermanos;

III. Por móviles de piedad, mediante súplicas notorias y reiteradas de la víctima, ante la inutilidad de todo auxilio para salvar la vida." (34)

Como podemos observar, ambos artículos son completamente parecidos, tanto en las hipótesis, como en las sanciones. Ahora veremos los códigos de Hidalgo y Querétaro:

"Artículo 282 del Código Penal para el Estado de Hidalgo: Si el homicidio se cometiera en riña o duelo, se aplicará a su autor la pena de tres a diez años de prisión y multa de quinientos a cinco mil pesos. Queda a juicio del Juez la fijación del monto de la pena, en la sentencia definitiva, tomando en cuenta que el autor del delito sea el provocado o el provocador."

"Artículo 283.- Igual pena se aplicará al homicidio cometido:

I.- En estado de emoción violenta que las circunstancias hicieran 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 la vida." (35)

Este precepto legal el Estado de Hidalgo solo varía de los anteriores en la penalidad impuesta.

El Código Penal del Estado de Querétaro, en su numeral 134 maneja una fórmula parecida al Código Penal de Hidalgo, a continuación lo transcribo:

"Artículo 134.- Se impondrá de un mes a nueve años de prisión y de cincuenta a cuatrocientos días multa al que cause cualquier tipo de lesiones u homicidio, en los siguientes casos:

I.- En estado de emoción violenta que las circunstancias hicieren excusable;

II.- Por móviles de piedad, por súplicas notorias y reiteradas de la víctima ante la inutilidad de todo auxilio para salvar su vida. En ningún caso la sanción podrá exceder de la que se impondrá en el delito simple intencional. (36)

Considero que es un acierto por parte de los legisladores de estos Estados, haber legislado específicamente al respecto, lo único criticable es el hecho de que lo coloquen en el mismo artículo que al homicidio pasional y a la venganza, imponiéndole una sanción, siendo que se trata de una conducta que tiene su fundamento en los móviles de la piedad, la caridad y en el más desinteresado altruismo, motivo por el cual debe ser considerado dentro de las causas que excluyen el delito y no ser considerado como un homicidio atenuado. Sin embargo, estos preceptos legales deben ser elogiados, porque de alguna manera están dando un paso adelante dentro de las legislaciones de nuestro país, tal vez no en el sentido más favorable, pero es un gran avance, pues en nuestro Código Penal para el Distrito Federal, no encontramos, una sola disposición que se asemeje a las encontradas en dichas legislaciones locales.

A manera de antecedente y para conocer las legislaciones que existen y que incluyen a la muerte piadosa dentro de su contenido expongo la más recientemente ley, que aprueba la eutanasia activa. Para ser exactos el 10 de abril del año pasado, Holanda aprobó una ley que legaliza la eutanasia. Tras dos días de debates el Senado Holandés aprobó con 46 votos a favor y 28 en contra la iniciativa avalada en noviembre de 2000 por los diputados, y que entrara en vigor el segundo semestre del año pasado, una vez que sea firmada por la Reina Beatriz.

La ley establece varias condiciones para que los médicos holandeses puedan recurrir a la eutanasia activa, entre ellas que el enfermo tenga su residencia legal en Holanda y asegurarse de que tiene sufrimientos

insuportables, no tiene ninguna posibilidad de sobrevivir y que, en realidad, quiere poner fin a su vida. Después, los médicos deberán turnar el caso a comisiones regionales -integradas por un jurista, un médico y un experto en ética- que se encargarán de que se respeten las condiciones para una eutanasia, aunque ya no reportarán el caso a la justicia a menos que se trate de expedientes que puedan dar lugar a litigios. Los menores de entre 12 y 16 años podrán solicitar el ser privados de la vida siempre y cuando tengan el consentimiento de sus padres, y los mayores de 16 años podrán recurrir a ella sin la aprobación de sus progenitores. Asimismo, prevé que debe ser el paciente el que solicite de manera voluntaria que se le ayude a morir, pero antes debe conocer todas las opciones médicas, consultar a más de un médico y debe estar en su sano juicio. En ningún caso el médico podrá sugerir la alternativa. De acuerdo con la ley, el paciente puede dejar un pedido escrito de eutanasia que le otorga poder al médico para tomar la decisión en caso de que se encuentre demasiado enfermo física o mentalmente, para hacerlo por sí mismo. En este caso, una comisión independiente revisaría el expediente para garantizar el cumplimiento de las normas.

El Gobierno Holandés confió en que la legislación servirá para dar tranquilidad y seguridad a médicos y pacientes; y rechazó que se trate de asesinatos, mientras los partidos cristianos minoritarios sentenciaron que quienes realicen eutanasias se acercarán a las prácticas nazis de los años cuarenta. El Ministro de Justicia Bank Korthals, afirmó que: "la eutanasia nunca se convertirá en una práctica médica común", mientras la Ministra de Salud, Else Borst, aseguró que los médicos holandeses seguirán rechazando los pedidos de muerte voluntaria de los enfermos cuando consideren que no hay razones para ello. (37)

Esta ley, creo que responde a tratar de regular legalmente los numerosos casos de muerte por piedad, ocurridos en todos los países civilizados en estos últimos tiempos, y que demuestran que estamos frente a un problema vivo, de gran interés, generalmente inspirado en la moral de la solidaridad humana, que pone precisamente en evidencia el dolor de un semejante que sufre. Esta ley es innovadora, pues hasta el momento, las pocas disposiciones que encontramos solo permiten la práctica de la eutanasia pasiva, que consiste como ya vimos en suspender los tratamientos terapéuticos, es decir, consiste en dejar morir; y otras, consideran al homicidio piadoso como un homicidio atenuado, al cual se le sanciona con pena de prisión.

Es importante mencionar uno de los antecedentes que tiene esta ley holandesa, por ello, debemos conocer lo siguiente. En los Estados

Unidos, en 1906, el Parlamento del Estado de Ohio votó un texto que especifica lo siguiente: "Toda persona que padece una enfermedad incurable acompañada de grandes dolores puede pedir la reunión de una comisión compuesta de al menos cuatro médicos, que resolverán sobre el momento de poner fin a esa vida dolorosa." Algunos meses más tarde, el Parlamento de Iowa votó una ley similar, pero aún más amplia, ya que se extiende igualmente a los niños mal conformados e idiotas. Sin embargo, el Congreso de Washington, cuando tuvo que pronunciarse, tomó una posición totalmente opuesta. Se produjo una frenada, una vuelta atrás. Ocurre como si el legislador tuviera miedo de abrir una puerta de par en par, aunque es injusto dejarla completamente cerrada.

Reflexionando acerca de la muerte piadosa practicada por un sujeto a otro ligado por vínculos de familia, de amistad o de amor, es cuando surge la cuestión debatida y cuando el móvil asume su importancia máxima, ya que si no le guió al sujeto activo un motivo egoísta, sino por el contrario causas verdaderamente piadosas y compasivas, hay a mi parecer, un procedimiento de impunidad. Por tanto debe dársele al Juez las facultades de perdonar.

De esta manera y planteando la posibilidad de establecer el perdón judicial para el homicidio piadoso, comparto un excelente pensamiento del maestro Luis Jiménez de Asúa en el cual afirma y considera justo, que "puesta en manos del magistrado la facultad de perdonar, no habrá juez alguno que, a pesar de tener ante él la Ley punitiva del homicidio consentido, pronuncie una condena contra quien, lleno de piedad por el paciente y reunidos todos los móviles nobles que la más recta conciencia exige, abrevie los padecimientos de un canceroso que clama por la muerte en los últimos días de sus lacinantes angustias o de un atacado de rabia que pide la liberación de los terribles espasmos que le martirizan. No ignoro que la justicia y la piedad tienen áreas distintas; pero, tampoco desconozco que la justicia transida de piedad es más justa." (38)

Haciendo un breve recuento de los diversos países en los que está contemplada la muerte piadosa como una figura legal, y para ver en que condiciones existe ésta, tenemos que, considerada como un tabú en la mayoría del mundo, la muerte piadosa es tolerada en varios países, principalmente europeos, aunque en Colombia se permite para los enfermos en fase terminal. En Gran Bretaña la eutanasia es ilegal, pero en 1993 y 1994 la justicia autorizó a médicos no prolongar la vida de pacientes que eran mantenidos con vida artificial, y en 1996 un paciente fue autorizado a morir en Escocia. En Francia también se trata de una

práctica médica ilegal, pero el Código Penal hace diferencias entre la eutanasia activa (provocar directamente la muerte, lo que es considerado homicidio) y la eutanasia pasiva (la abstención terapéutica, considerada delito por negación del auxilio). En Suecia los médicos pueden, en casos extremos, desconectar los pulmones artificiales y el suicidio asistido es considerado como un "delito no penal". En Dinamarca el enfermo puede pedir la suspensión del tratamiento si padece una enfermedad incurable, y desde 1992, los daneses pueden hacer un testamento médico en el que señalan su deseo de morir en caso de enfermedad incurable o accidente grave. En Alemania es homicidio la administración de un medicamento mortal, pero el tribunal de apelación de Francfort estableció que la eutanasia puede realizarse si no hay ambigüedades en la voluntad del paciente. En Australia el Parlamento Regional de los Territorios del Norte autorizó en julio de 1996 la eutanasia, pero la medida fue abrogada poco después por las autoridades federales. En Estados Unidos la eutanasia es prohibida por la ley federal y solo es autorizada en Oregon, pero la medida no se ha aplicado nunca debido a la oposición de un tribunal del estado. Al hablar de eutanasia, se debe entender eutanasia pasiva, pues, Holanda es el único país donde se permite la eutanasia activa, como ya se mencionó.

Para poder exponer lo que es el verdadero objetivo del presente trabajo me permito citar el artículo 103 de la ley general de salud, toda vez que, debido a que en nuestro país, al igual que en muchos otros no existe la menor posibilidad de legislar sobre este controvertidísimo tema de la eutanasia o muerte piadosa, salvo los muy acertados artículos 234 del Código Penal del Estado de México, 134 del Código Penal de Querétaro, 157 del Código Penal de Quintana Roo y 283 en relación con el 282 del Código Penal de Hidalgo, citados anteriormente, y ello con reservas, toda vez que, se encuentra contemplada como homicidio atenuado, situación que no es justa, debido al móvil que tiene esta conducta.

"Artículo 103.- En el tratamiento de una persona enferma, el médico podrá utilizar nuevos recursos terapéuticos o de diagnóstico, cuando exista posibilidad fundada de salvar la vida, restablecer la salud o disminuir el sufrimiento del paciente, siempre que cuente con el consentimiento por escrito de éste, de su representante legal, en su caso, o del familiar más cercano en vínculo, y sin perjuicio de cumplir con los demás requisitos que determine esta ley y otras disposiciones legales aplicables."

Como se puede observar, este artículo faculta al Médico para utilizar recursos terapéuticos nuevos, siempre que sirvan para restituir la

salud, salvar la vida o disminuir el dolor en el paciente; pero, ¿por qué no faculta para suspenderlos, o igualmente aplicarlos con el fin de terminar con la agonía del paciente, si se está hablando de disminuir el dolor?

Todos sabemos que una reforma al Código Penal para el Distrito Federal en este sentido es muy necesaria, pues nuestro país requiere que, sin mayor retardo se legisle al respecto, por ello, creo que una adición a este artículo 15 del Código penal para el Distrito Federal en el sentido de una permisón o facultad al Médico para poder suspender los tratamientos, o aplicarlos con el propósito de poner fin a una lenta, torturante e innecesaria agonía es el camino a seguir para poder llegar a la mejor solución a este tan controvertido tema de la muerte piadosa.

Como hemos visto a lo largo de esta pequeña investigación, no es fácil, pero si necesario, promover una reforma a los artículos mencionados, sobre el particular que nos interesa, por ello, no hay mejor manera que facultar a los médicos para practicar la muerte piadosa, pues como es sabido, son ellos los que conocen realmente el problema del paciente, su situación, sus expectativas, y sobre todo las posibilidades que existen para que pueda sobrevivir, sin que se encuentre en un estado deplorable por el dolor y los sufrimientos que nunca se sabe cuanto van a durar. Además, es completamente aventurado permitir que cualquier persona sea autorizada para practicar la muerte por piedad, pues desde un muy particular punto de vista, es necesaria una adición insertada en el artículo 15 del Código Penal, que faculte o autorice única y exclusivamente a Profesionales de la Medicina a practicarla, y todo esto con los requisitos que de algún modo han venido mencionándose a lo largo de este trabajo, tales como el consentimiento del paciente, en el caso de que puede otorgarlo, o el de sus familiares más cercanos; el diagnóstico de por lo menos dos médicos distintos al de cabecera, de que se trata de una enfermedad o de un mal mortal e irreversible, y lo más importante, que sea con el fin de terminar con los dolores insoportables, sufrimientos y demás penurias que atravesase en su penosa agonía.

Este artículo 103 de la Ley general de salud, además de permitir la suspensión de los recursos terapéuticos o de diagnóstico, debe contener los requisitos necesarios para llevar a cabo la ejecución de la muerte piadosa, en enfermos terminales. Por lo que, debería quedar de la siguiente manera:

Artículo 103.- En el tratamiento de una persona enferma, el médico podrá utilizar nuevos recursos terapéuticos o de diagnóstico,

cuando exista posibilidad fundada de salvar la vida, restablecer la salud o disminuir el sufrimiento del paciente. **Cuando no existan posibilidades de salvar la vida, el médico podrá suspender los tratamientos prescritos. De igual manera, podrá el médico utilizar recursos terapéuticos con el fin de acelerar una muerte próxima e inminente del paciente que se encuentre en fase terminal o en estado vegetativo, sin posibilidades de recuperación.** siempre que cuente con el consentimiento por escrito de éste, de su representante legal, en su caso, o del familiar más cercano en vínculo, **así como la aprobación de por lo menos dos médicos distintos al de cabecera,** y sin perjuicio de cumplir con los demás requisitos que determine esta ley y otras.

Como se puede apreciar es necesario, además de esta adición al artículo 103 de la ley general de salud; una adición al artículo 15 del Código Penal para el Distrito Federal, por lo que me permito proponer la siguiente adición, consistente en la fracción XI:

"Artículo 15. El delito se excluye cuando:

- I. El hecho se realice sin intervención de la voluntad del agente;
- II. Se demuestre la inexistencia de alguno de los elementos que integran la descripción típica del delito de que se trate;
- III. Se actúe con el consentimiento del titular del bien jurídico afectado, siempre que se llenen los siguientes requisitos:
 - a) Que el bien jurídico sea disponible;
 - b) Que el titular del bien tenga la capacidad jurídica para disponer libremente del mismo, y
 - c) Que el consentimiento sea expreso o tácito y sin que medie algún vicio; o bien, que el hecho se realice en circunstancias tales que permitan fundadamente presumir que, de haberse consultado al titular, éste hubiese otorgado el mismo;
- IV. Se repela una agresión real, actual e inminente, y sin derecho, en protección de bienes jurídicos propios o ajenos, siempre que exista necesidad de la defensa y racionalidad de los medios empleados y no medie provocación dolosa suficiente e inmediata por parte del agredido o de la persona a quien se defiende.

Se presumirá como defensa legítima, salvo prueba en contrario, el hecho de causar daño a quien por cualquier medio trate de penetrar, sin derecho, al hogar del agente, al de su familia, a sus dependencias, o a los de cualquier persona que tenga la obligación de defender, al sitio donde se encuentren bienes propios o ajenos respecto de los que exista la misma obligación; o bien, lo encuentre en alguno de aquellos lugares en circunstancias tales que revelen la probabilidad de una agresión;

V. Se obre por la necesidad de salvaguardar un bien jurídico propio o ajeno de un peligro real, actual o inminente, no ocasionado dolosamente por el agente, lesionando otro bien de menor o igual valor que el salvaguardado, siempre que el peligro no sea evitable por otros medios y el agente no tuviere el deber jurídico de afrontarlo;

VI. La acción o la omisión se realicen en cumplimiento de un deber jurídico o en ejercicio de un derecho, siempre que exista necesidad racional del medio empleado para cumplir el deber o ejercer el derecho, y que este último no se realice con el solo propósito de perjudicar a otro;

VII. Al momento de realizar el hecho típico el agente no tenga la capacidad de comprender el carácter ilícito de aquél o de conducirse de acuerdo con esa comprensión, en virtud de padecer trastorno mental o desarrollo intelectual retardado, a no ser que el agente hubiere provocado su trastorno mental dolosa o culposamente, en cuyo caso responderá por el resultado típico siempre y cuando lo haya previsto o le fuere previsible.

Cuando la capacidad a que se refiere el párrafo anterior sólo se encuentre considerablemente disminuida, se estará a lo dispuesto en el artículo 69-Bis. de este Código;

VIII. Se realice la acción o la omisión bajo un error invencible:

a) Sobre alguno de los elementos esenciales que integran el tipo penal;

o

b) Respecto de la ilicitud de la conducta, ya sea porque el sujeto desconozca la existencia de la ley o el alcance de la misma, o porque crea que está justificada su conducta.

Si los errores a que se refieren los incisos anteriores son vencibles, se estará a lo dispuesto por el artículo 66 de este Código;

IX. Atentas las circunstancias que concurren en la realización de una conducta ilícita, no sea racionalmente exigible al agente una conducta diversa a la que realizó, en virtud de no haberse podido determinar a actuar conforme a derecho, o

X. El resultado típico se produce por caso fortuito.

XI. Se produzca la privación de la vida por Médicos, por móviles de piedad, mediante súplicas notorias y reiteradas de la víctima, ante la inutilidad de todo auxilio por salvar su vida.

Con la reforma de estos dos artículos sería posible aliviar a tantas personas que sufren día a día la insoportable cadena de dolores y penurias que les trae consigo una enfermedad terminal o un accidente grave, pues por mucho que amemos a alguien, creo que no hay mayor muestra de amor que liberarlo de su tortura, tal vez sea más egoísmo que amor el querer tenerlos aquí con nosotros por un tiempo más, a costa de sufrimientos innecesarios para el paciente.

La jurisprudencia, que es más numerosa en otros países y nula en el nuestro, se empeña en dar no reglas generales aplicables a los médicos, sino en estudiar los casos que se le van presentando, dada la complejidad del ejercicio de la medicina y de la necesidad de que el profesionista tenga la seguridad y tranquilidad de aplicarse a su oficio, con plena libertad y no bajo amenazas, que lo cohíban en la práctica profesional.

Los juristas debemos intervenir con especial tacto y cautela en problemas de tan grave envergadura, aconsejados siempre por los especialistas, con gran respeto por la ciencia médica y sus profesionales, pero resueltos también a dejar caer el peso de la ley sobre aquellos que no sepan hacer honor a su juramento, que desde Hipócrates, repiten los profesionales de la medicina, y que al violarlo, puede convertirlos en peligrosos delincuentes, traficantes del dolor humano o irresponsables en el ejercicio de tan dignísima profesión.

NOTAS BIBLIOGRAFICAS DEL CUARTO CAPITULO.

- 1.- Barrere, Igor. Dossier confidencial sobre la eutanasia. Ed Escatón. p: 165.
- 2.- Chávez, Ignacio. Morir digno y decisión médica. México. p: 69.
- 3.- Idem. p: 70.
- 4.- Bernard, Christián. Op. Cit. p: 139 y 140.
- 5.- Grizes and Boyle. Life and death with liberty and justice. Londres. p: 112.
- 6.- Pérez Valera. Op.Cit. p: 15.
- 7.- Pavón Vasconcelos, Francisco. Manual de Derecho Penal Mexicano. p: 410.
- 8.- Jiménez de Asúa, Luis. Tratado de Derecho Penal. Tomo VI. p: 685.
- 9.- Idem. p: 685.
- 10.-Idem. p: 684.
- 11.-Jiménez de Asúa, Luis. La ley y el delito. Ed. Hermes. p: 284
- 12.-Citado por Carrancá y Trujillo, Raúl. Las causas que excluyen la incriminación. Ed. Limón. p: 80.
- 13.-Jiménez Huerta, M. Op. Cit. p: 35.
- 14.-Pérez Valera. Op. Cit. p: 178.
- 15.-Cabral, Luis. Compendio de Derecho Penal. México. p: 97-99.
- 16.-Idem. p: 434.
- 17.-Durkheim, Emilio. El suicidio. UNAM. p: 297.
- 18.-Jiménez Huerta. Op. Cit. p: 143.

- 19.-Durkheim, E. Op. Cit. p: 117.
- 20.-Jiménez de Asúa, Luis. Op. Cit. p: 683.
- 21.-Totora Nieto. Axiología jurídica y eutanasia. México. p: 17.
- 22.-Idem. p: 21.
- 23.-Jiménez de Asúa, Luis. Libertad de amar y derecho a morir. Ed. Losada. p: 397.
- 24.-Gascón Abellán. Problemas de la eutanasia. Ed. Sistema. p: 95.
- 25.-Raz, J. La autoridad del derecho. UNAM. p: 349.
- 26.-Abellán, Gascón. Op. Cit. p: 99.
- 27.-Idem. p: 100.
- 28.-Villanueva, R. Eutanasia voluntaria y el derecho inalienable a la vida. México. p: 61.
- 29.-Abellán, Gascón. Op. Cit. p: 101.
- 30.-Queralt, J. Op. Cit. p: 118.
- 31.-Carmona Noguera. Delito de eutanasia. México. p: 130.
- 32.-Bouza, Luis A. El homicidio por piedad y el nuevo Código Penal. Ed. Abadie Santos. p: 78.
- 33.-Código Penal para el Estado de México. Ed. Porrúa.
- 34.-Código Penal para el Estado de Quintana Roo. Ed. Porrúa.
- 35.-Código Penal para el Estado de Hidalgo. Ed. Porrúa.
- 36.-Código Penal para el Estado de Querétaro. Ed. Porrúa.
- 37.-Reuters. La Jornada. Miércoles 11 de abril 2001. p: 24.
- 38.-Jiménez de Asúa, Luis. Op. Cit. p: 112.

CONCLUSIONES.

La muerte piadosa es, entonces, la muerte dulce y tranquila sin dolores, torturas, ni sufrimientos de ninguna clase. Es la supresión del dolor físico y moral, orientando la muerte hacia un fin dulce, suave y bueno, que una persona propicia a un semejante, estando éste en plena lucidez de sus facultades mentales, o inconsciente de sí mismo, por una enfermedad incurable o algún accidente grave. Es indudable, que esta muerte se puede alcanzar de varias maneras, y los médicos, son los personajes indicados para realizarla, toda vez que, tienen la sapiencia para ejecutarla con los medios idóneos.

Si bien es cierto, ha crecido la expectativa de vida gracias a los espectaculares avances de la medicina en el tratamiento de ciertas enfermedades consideradas hasta ahora incurables y debido a ello a todos nos gustaría beneficiarnos, si llegara el caso, de esos tratamientos, no obstante, es preciso que antes de adoptar una decisión, médico y enfermo, valoren la calidad de vida que se puede conseguir, para que los resultados compensen al menos parcialmente, los sufrimientos e incomodidades de un tratamiento el cual no siempre puede garantizar un resultado positivo.

Es de todos sabido, que la ciencia médica avanza a pasos agigantados, y hoy existen enfermedades incurables, hay la posibilidad de que se encuentren fármacos para su curación, sin embargo, algunas de estas enfermedades, son degenerativas, y aún cuando se hallé dicha cura, los daños de la enfermedad son irreversibles.

Los numerosos casos de muerte piadosa, ocurridas en los países civilizados, en estos últimos tiempos demuestran que estamos frente a un problema vivo, generalmente inspirado en la moral de la solidaridad humana, que pone en evidencia el dolor de un semejante que sufre. Frente a esta situación no puede el jurista y mucho menos el legislador, asumir una actitud pasiva e indiferente.

El Médico tiene la obligación de preservar la vida del paciente, siempre y cuando ésta sea aceptable para el propio paciente. Con esto, trato de decir, que la vida tiene límites de dignidad que la hacen ser un valor fundamental, y que por tanto, al perder esa dignidad debido a una enfermedad terminal o a un accidente grave, la función del médico debe ser, prolongar una vida humana y no biológica.

Debe dársele a los Médicos el derecho, para suprimir con rápida y no dolorosa agonía al enfermo que padece horriblemente y no tiene esperanza de curación, sufriendo una larga agonía, que se convierte en una cadena de dolores insoportables. El hecho de proporcionar esta muerte buena, esta agonía sin dolor, es indudablemente cuestión de la medicina, ya que consiste en emplear medios científicos, que supriman la agonía, ciertamente dolorosa e irremediable.

Como podemos darnos cuenta, el derecho de terminar con la vida, conlleva una serie de cuestiones de carácter ético, antropológico, social, médico, jurídico, económico y criminológico, entre otros, que necesariamente deben ser complementados unos con otros, pero de igual forma todas deben ser estudiadas exhaustivamente.

La muerte piadosa entendida como el privar de la vida sin sufrimientos físicos a otra persona, a su requerimiento o con su consentimiento y en su interés es aceptable. Jurídicamente, el médico no debe estar obligado, sino facultado para practicar la muerte piadosa; en los casos en los que el consentimiento no pudiera ser expresado por el propio enfermo se debe practicar fundando esta decisión en el consentimiento de los familiares, o si no existen éstos, en el diagnóstico de cuando menos dos médicos que aprueben esta práctica como solución a una atroz agonía.

Para los estoicos la muerte es el término de las dolorosas pruebas a que nos somete la vida, el puerto después de una penosa travesía, el refugio seguro contra los dolores, las tristezas, las faltas y las injusticias la vida. Para ellos la muerte no hace más que cortar clara y definitivamente todas nuestras miserias, y poner al fin nuestros espíritus en un dulce y definitivo reposo. Teológicamente, esto es válido, entonces ¿por qué no permitir llegar a ese punto? Esto demuestra que existe una incongruencia entre su fe y su conducta.

Considero que junto al derecho a la vida debe establecerse el derecho a la muerte, no con esto estando a favor de continuos homicidios o suicidios, sino únicamente otorgando la libertad al enfermo terminal de tener el derecho de negarse a ser coaccionado para seguir viviendo y prolongar así una lenta y dolorosa agonía.

El hecho de reunir la muerte piadosa sus propias características, su propia estructura y circunstancias particulares, obliga a estudiarlo y analizarlo, con el propósito de situarla en su justa dimensión legal.

Es necesario un principio jurídico para decidir la cuestión capital de hasta donde se extiende el derecho y la obligación del médico de su intervención. Pues en su afán de prolongar una vida, muchas veces se llega a límites extrahumanos.

Los criterios adoptados por diversas legislaciones ante la muerte piadosa, la han ubicado en la ciencia del derecho penal bajo diversas formas, por ejemplo, como causa de justificación, como criterio de inimputabilidad, como homicidio ya sea simple o atenuado, como auxilio al suicidio o considerado al amparo del perdón judicial.

Si puedo ser un grano de arena que desencadene la misericordia de los hombres, no habré perdido mi tiempo ni le habré hecho perder el suyo. Cuando el consentimiento de la víctima está probado, cuando el médico actuó por obedecer a sus ruegos, debería haber algo más que circunstancias atenuantes: una razón para absolver.

El drama de la llegada al mundo de niños anormales se hará más y más frecuente, a causa de los progresos de la ciencia: los químicos han descubierto medicamentos casi tan peligrosos como curativos; los físicos atómicos son autores de una revolución cuya nocividad en la hora actual, se muestra con mayor claridad que sus beneficios; los mismos médicos, al salvar cada vez más vidas, burlan la selección natural y permiten la vida y conservación a seres que ya nada tienen de humano.

Es de justicia tener en cuenta los móviles, porque en realidad hay un abismo entre el que obra altruistamente y el móvil egoísta, perverso, vil o codicioso y destructor, que caracteriza jurídicamente al homicidio calificado.

Que mejor que, si es el Médico el personaje ideal para llevar a cabo la muerte piadosa, sea en la Ley general de salud donde se implemente la facultad de practicar la muerte piadosa, pues, si la citada ley, permite aplicar tratamientos terapéuticos que aún están a prueba, ¿por qué no permitir que se suspendan y no llevar así al paciente a los límites del sufrimiento humano?

No se debe condenar a una persona que acorta la vida de un ser amado, ya que el verdadero amor, es amar al ser por sí mismo y no por uno. Ni los principios cristianos, ni la moral, ni nosotros somos dueños de la vida y de la muerte. Pero que dolor, ver sufrir sin esperanzas de curación ver sufrir a un ser amado. Cuánto hay que sufrir para cometer en ellos gesto desesperado de la muerte piadosa.

Es necesario, en estos tiempos encarar en su justa dimensión a la muerte piadosa, pues como se expuso a lo largo de este trabajo, se trata de un problema actual, que requiere de un especial y profundo estudio, el cual nos lleva a pensar en la adición al artículo 15 de nuestro Código penal para el Distrito Federal, en el sentido de que considere a la muerte piadosa como excluyente del delito; y al artículo 103 de la ley general de salud, el cual contendrá las normas bajo las cuales se realizará la muerte piadosa.

La muerte piadosa no ha sido considerada en la mayoría de los Códigos Penales del mundo, y los pocos que la contemplan la consideran como homicidio atenuado, figura que no debería, pues es realizada con móviles altruistas y no persiguen un fin egoísta o antisocial.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Arzac, Pedro. Revista mexicana de tanatología. Ed. Asociación mexicana de tanatología A.C. Vol. 4. Año 2. México, D.F. 1991 44p.
- 2.- Barquín C., Manuel. Historia de la medicina. Su problemática actual. Ed. Francisco Méndez Oteo. 7a. ed. México, D.F. 1989. 400 p.
- 3.- Bernard, Cristián. Como elegir su vida, como elegir su muerte. Ed. Argos. Barcelona, España. 1982. 258p.
- 4.- Beristáin, Antonio. Eutanasia: dignidad y muerte. Ed. Depalma. Buenos Aires, Argentina. 1991.168p.
- 5.- Bonnadonna, Gianni. Valoración de la respuesta terapéutica. Ed. Nueva York. N.Y. E.U.A. 1987. 179p.
- 6.- Bouza, Luis A. El homicidio piadoso y el nuevo Código Penal. Col. Abadie Santos. Buenos Aires, Argentina. 1965p.
- 7.- Cabral, Luis. Compendio de Derecho Penal. Parte general. Ed. Abeledo-Perrot. Buenos Aires, Argentina. 1987. 255p.
- 8.- Campione, Francesco. Revista mexicana de tanatología. Ed. Asociación mexicana de tanatología A.C. Vol. 4. Año 2. México, D.F. 1991. 44p.
- 9.- Coperías, Enrique. Viaje al fin de la vida. Artículo de la Revista "Muy Interesante" México, D.F. Septiembre, 1993.
- 10.-Cárdenas F., Raúl. Reflexiones sobre la vida y la muerte desde el punto de vista jurídico. Revista mexicana de ciencias penales. Núm. 3 México, D.F. Año III. Julio 1979-Junio 1980.
- 11.-Cardona Arizmendi, Enrique. Apuntamientos de Derecho Penal. Parte especial. Cárdenas Editor. 2a. ed. México, D.F. 1987. 327p.
- 12.- Carmona Noguera, José Luis. Delito de eutanasia. México, 1979. 373p.

- 13.- Carrancá y Trujillo, Raúl. Las causas que excluyen la incriminación. Ed Limón. Mexico, D.F. 1944. 402p.
- 14.- Código Penal para el Distrito Federal. Ed. Porrúa. 2002.
- 15.- Código Penal para el Estado de Hidalgo. Ed. Porrúa. 2002.
- 16.- Código Penal para el Estado de México. Ed. Porrúa. 2002.
- 17.- Código Penal para el Estado de Querétaro. Ed. Porrúa. 2002.
- 18.- Código Penal para el Estado de Quintana Roo. Ed. Porrúa. 2002.
- 19.- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Ed. Porrúa. 2002.
- 20.- Cuello Calón, Eugenio. El problema penal de la eutanasia. Ed. Bosch. Barcelona, España. 1965. 463p.
- 21.- Durkheim, Emilio. El suicidio. Ed. UNAM. México, D.F. 1977. 545p.
- 22.- Farrell, Martín Diego. La ética del aborto y de la eutanasia. Ed. Abeledo-Perrot. Buenos Aires, Argentina. 1985. 121p.
- 23.- Fernández Guardiola, Augusto. Muerte real. Eugenesia y eutanasia médica. México, D.F. 1984. 234p.
- 24.- Fernández Lauria, Nora. Eutanasia y legislación comparada. Buenos Aires, Argentina. 1979. 14p.
- 25.- Garrido, Luis. El Vaticano y la eutanasia. Revista Criminalla. Núm. 5 del 31 de mayo de 1962. Año XXVIII. 27p.
- 26.- Gascón Abellán. Problemas de la eutanasia. Universidad de la Castilla, España. 1992. 97p.
- 27.- Grizes and Boyle. Life and death with liberty and justice. Londres. Inglaterra. 1980. 222p.
- 28.- Jiménez de Asúa, Luis. La ley y el delito. Principios de Derecho Penal. Ed. Hermes. 3a.ed. México, D.F. 1959. 578p.

- 29.- Jiménez de Asúa, Luis. Libertad de amar y el derecho a morir. Ed. Losada. Buenos Aires, Argentina. 1989. 529p.
- 30.- Jiménez de Asúa, Luis. Tratado de Derecho Penal. Tomo I. Ed. Losada. Buenos Aires, Argentina. 1992. 1435p.
- 31.- Jiménez de Asúa, Luis. Tratado de Derecho Penal. Tomo III. Ed. Losada. Buenos Aires, Argentina. 1992. 1094p.
- 32.- Jiménez de Asúa, Luis. Tratado de Derecho Penal. Tomo IV. Ed. Losada. Buenos Aires, Argentina. 1992. 825p.
- 33.- Jiménez Huerta, Mariano. Derecho Penal Mexicano; la tutela de la vida e integridad humana. Ed. Porrúa. México D.F. 1986. 373p.
- 34.-Lattes, León. La muerte pladosa. Revista de la Facultad de Derecho. Tucumán, Argentina. 1964. 382p.
- 35.-Ley del seguro social. Ed. Porrúa. México, D.F. 2001.
- 36.-Ley general de salud. Ed. Porrúa. México, D.F. 2002.
- 37.-López Navarro, José. La prolongación artificial de la vida y los límites de la actuación médica. Ed. EUNSA. Navarra, España.1975. 211p.
- 38.- Moreda, Francisco. Tomás Moro: criminalista. Ed. La ley. Buenos Aires, Argentina. 1978. 155p.
- 39.- Moro, Tomás. Utopía. Ed. Espasa Calpe Mexicana S.A. México, D.F. 1981. 145p.
- 40.-Pagán Piñeiro, Regino. La eutanasia como factor atenuante, en la Penología moderna. Revista jurídica de la Universidad Iberoamericana de Puerto Rico. Vol. XII Enero- Abril 1978. 526p.
- 41.-García Sierra, Pelayo. Diccionario filosófico. Oviedo, España. 1999. 489p.
- 42.-Pérez Valera, Víctor. Eutanasia: ¿piedad? ¿delito? Ed. Jus. México, D.F. 1989. 364p.

- 43.-Perrín, G. La eutanasia de un delito. UNAM. México. 1979. 123p.
- 44.-Polaino Lorente, Aquilino. Eutanasia y actitudes sociales. Revista Persona y derecho. Núm. 7. 1980 Pamplona, España. 525p.
- 45.-Raz, J. La autoridad del derecho. UNAM. México, D.F. 1985. 120p.
- 46.-Queralt, J. La eutanasia: perspectivas actuales y futuras. Anuario de Derecho Penal. México, D.F. 1991. 325p.
- 47.-Royo-Villanova, Ricardo. El derecho a morir sin dolor. Ed. M. Aguilar. Madrid, España. 1969. 246p.
- 48.-Tozzini, Carlos. El suicidio. Ed. Depalma. Buenos Aires, Argentina. 1979. 175p.
- 49.-Totoro Nieto, Vicente. Axiología jurídica y eutanasia. Ed. del Gob. de Veracruz. Tomo 28. México. 1979. 215p.
- 50.-Uribe Cualla, Guillermo. Medicina legal y psiquiatría forense. Ed. Voluntad, S.A. Bogotá, Colombia, 1964. 773p.
- 51.-Villanueva, Rocío. Eutanasia voluntaria y el derecho inalienable a la vida. Anuario de Derechos Humanos, Núm. 7, México, D.F. 1990. 226 p.
- 52.-Ziegler, Jean. Los vivos y la muerte. Ed. Siglo XXI. México, D.F. 1986. 175p.