



UNIVERSIDAD LATINA, S. C.

INCORPORADA A LA U. N. A. M.

ESCUELA DE DERECHO

**PROPUESTAS PARA LA
LEGALIZACION DE
LA EUTANASIA**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN DERECHO
P R E S E N T A :
BENILDE LYSENKA COSIO SALAZAR

ASESOR: LIC. ALFREDO LORENZO ARIAS CARDONA

MEXICO, D.F.

2004



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

México D. F a 24 de septiembre de 2003

Universidad Latina, S.C.

At'n: Lic. Refugio Beatriz Lechuga Martínez

Directora de la Carrera de Derecho

Muy apreciable Directora:

La pasante de la carrera de Derecho de esta Universidad Latina, S.C., Benilde Lysenka Cosío Salazar, con número de cuenta 93606581-0, bajo la asesoría del suscrito, ha concluido la investigación de Tesis Profesional titulada " PROPUESTAS PARA LA LEGALIZACIÓN DE LA EUTANASIA ", trabajo elaborado para ser admitido al examen profesional de la Licenciatura en Derecho.

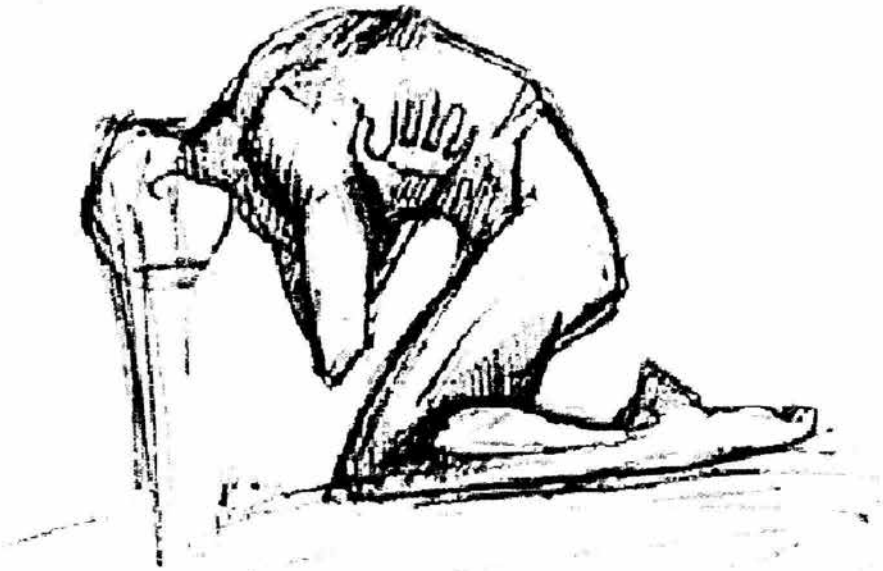
La investigación mencionada trata de un tema de gran interés en nuestra sociedad actual, ya que se refiere a una problemática social pocas veces analizada en este tipo de investigaciones, conteniendo elementos que de considerarse podrían ayudar a que se recapacite y se perciba el sufrimiento profundo que brota del interior de los seres humanos y la angustia que les hace desear desaparecer de este mundo para hallar la paz y el reencuentro con la libertad, al permitir la legislación mexicana que se legisle sobre eutanasia. El cometido del trabajo recepcional, se encuentra desarrollado de acuerdo a la normatividad planteada por esta Casa de Estudios, en cinco capítulos; en el primero de ellos se habla de los antecedentes históricos de la eutanasia; en el segundo clarificamos los conceptos de eutanasia y que relación tiene con respecto de la moral, la ética y el derecho; en el tercero se abarcan los aspectos jurídicos; en el cuarto se abordan los aspectos médicos-legales y psicológicos; y, en el quinto se ofrecen las propuestas para la legalización de la eutanasia.

El trabajo en comento reúne los requisitos de fondo y forma, por lo que el suscrito otorga su aprobación.

Sin más por el momento, quedo de usted, postulando las seguridades de mi más atenta y distinguida consideración.

Atentamente:


Lic. Alfredo Lorenzo Arias Cardona



*Necesitamos la vida entera
para aprender a vivir, y
también para aprender
a morir.*



**No existe vida alguna que no
sea digna de defenderse con
pasión y convicción.**

D E D I C A T O R I A S.

A mis padres: ***Roberto Cosío Gutiérrez y Carlota Salazar Zavaleta.***

Me costó mucho trabajo escribir estas dedicatorias porque no encuentro las palabras suficientes para describir lo que siento, Ustedes son para mi el baluarte inigualable que han hecho de mi una mujer que no busca otra cosa más que fijarse metas cada día más difíciles porque me han enseñado que las puedo cumplir con su infinita paciencia, ayuda, comprensión y cariño. Este es un paso más el cual les dedico con todo mi amor y mi inagotable agradecimiento. Espero ser siempre un motivo de orgullo para Ustedes. Por ser los papás más especiales del mundo y mi razón de ser, un tributo para Ustedes, los adoro y los amo.

A mi hermano: ***Roberto Cosío Salazar.***

Desde que naciste trajiste a mi mucha felicidad, siempre has sido mi pequeño tesorito, te he visto crecer y como poco a poco te has convertido en un buen hombre, me has hecho vivir experiencias inmejorables e incomparables, espero que elijas el mejor camino y que estemos unidos por siempre como hasta hoy, con la confianza, la complicidad, el apoyo, las ganas de triunfar y sobre todo el gran amor que nos une. Te agradezco todo lo que has hecho por mi y por ser el mejor de los hermanos que pueden existir, por ello te dedico este trabajo con todo mi cariño para que luches por tus ideales, avanza hacia el éxito, estoy segura que muy pronto conseguirás superarme. Te quiero por siempre.

A mis abuelitos: ***Hilario Salazar Martínez y Carlota Zavaleta Mendoza.***

Siempre los llevo en mi mente y en mi corazón, los considero mis padres porque han estado conmigo en todo momento, y a pesar de que no tenían obligación me han entregado su madurez y su vejez ayudándome con sus sabios consejos desde siempre y hasta hoy, los necesito porque son parte fundamental de mi, contribuyeron a mi formación humana y profesional. Ustedes que han sabido ser verdaderos abuelos. Esta meta que les dedico es sólo una parte de mi infinito agradecimiento. Los amaré toda la vida.

A mis tíos y tías: ***Hilaro, Hugo e Iván Salazar Zavaleta; y María Leticia
Gómez López, Dora Alicia Castillo Riego y
María Luisa Borja García.***

Especialmente a mis queridos tíos porque por fin hemos visto culminado otro esfuerzo, del cual siempre Ustedes han sido partícipes, hemos crecido juntos y hemos compartido logros, los he admirado a través de todos los tiempos y gracias a Ustedes escogí esta profesión por su entrega y dedicación que sembraron la semilla para que hoy se cumpla esta meta, espero llegar a ser como Ustedes, un ejemplo a seguir. Hoy les dedico este logro agradeciendo su sabiduría, cariño y compañía y toda la vida. Los quiero. Y a Ustedes tías por estar en los momentos de dicha y desdicha, apoyando a nuestra familia con el cariño de siempre. Gracias.

A mis primos: ***Harim Alan y Carlos Axel Salazar Gómez, Hugo y Senyase
Salazar Castillo, Irving Iván Salazar Del Río.***

Aunque les llevo muchos años, hay entre nosotros una relación muy especial, que aprenderán a valorar con el tiempo, todos juntos formamos una familia llena de armonía y felicidad, por lo que cada uno de Ustedes, les dedico este trabajo con mucho cariño y que en algunos años compartamos sus propias metas, continúen por el camino del bien. Los quiero mucho.

A: ***Oscar Wolf Trejo, Alfonso Martínez Hernández, Mario López Villeda y
Familia Chorné Cadena.***

Gracias por ocupar un lugar muy especial en mi vida, por alentarme a superarme desinteresadamente, por los momentos buenos y malos, por el amor y el cariño, por permitirme compartir y conocerlos en todas las facetas, por sus enseñanzas, por sus experiencias y por todo aquello que me hace sentir un gran respeto y cariño por Ustedes.

En especial y con mi más ferviente agradecimiento y cariño, a ti Oscar, por estar en todo momento a mi lado cuando te necesito, desde niña hasta hoy.

A:

José Antonio Yu Muñoz

Hemos superado algunas pruebas y uno que otro obstáculo, día con día sin necesidad de palabras, me brindas amor, respeto, confianza, apoyo, comprensión, dedicación, entrega, cuidados, tu vida, y a pesar de la distancia y de las diferencias eres la persona que me hace feliz. Quiero compartir contigo este logro y dedicártelo con mucho amor y cariño aunque es sólo el principio en nuestro afán de superación. Infinitamente, muchas gracias. Te amo.

A mis amigos y

compañeros de carrera: *Luis Francisco Andonegui Cuenca, Edgar Miguel
Dávila Torres, Beatriz Hernández Saavedra
y Rocío Alejandra Olvera Rueda.*

Compartimos toda la carrera de Derecho juntos, aprendimos a conocernos y a querernos tal como somos, disfrutamos de todos los momentos que hicieron de mis épocas de estudiante la mejor de las etapas, ahora excelentes amigos y colegas, les dedico este trabajo con mucho cariño, porque son Ustedes también parte de él.

Y una mención honorífica para mi entrañable amiga Rocío, porque más allá de la amistad hay un cariño sincero e interminable que a pesar del tiempo y la distancia se ha mantenido firme y se fortalece día con día, te agradezco el hecho de saber que podemos compartir y contar la una con la otra por siempre.

A: *Todos aquellos que en el transcurso de mi vida me han acompañado*

En ocasiones de forma efímera, pero que sin embargo contribuyeron al darme consejos, pensamientos, valores, ideas, actitudes, y de los cuales adquirí valiosas experiencias que me han servido en esta vida como formadores de mi desarrollo como mujer en el ámbito familiar, social, sentimental y profesional. Y porque también los quiero mucho a mi Nizza, Vodka, Rhôn, Paris, y Göspic.

A: ***Todos aquellos que piden el derecho de una ley de eutanasia para encontrar la libertad a través de la muerte.***

Espero que así como yo, toda la gente se pronuncie a favor de la legalización de la Eutanasia en México, unidos lo podemos lograr.

A: ***La Universidad Latina.***

Porque durante cinco años me ofreció la oportunidad de conocer, sentir y aprender dentro de sus aulas, y porque permitió que confirmara que mi vocación no estaba errada, a través de sus instalaciones, sus profesores y su calidad educativa.

A: ***A los catedráticos de la Universidad Latina.***

Porque por su diario convivir me enseñaron lo importante que es crecer como profesionista y me dieron los señalamientos y los secretos para desenvolverme en la profesión que escogí, por permitirme tener con Ustedes una relación de amistad estrecha y compartir conmigo su sabiduría, por su tiempo y dedicación, ahora yo deseo recompensarles en una mínima parte todo lo que me brindaron a través de este trabajo. Mencionando con especial afecto a los Licenciados: Alfredo Izquierdo Zavala, David Hernández López, Ernesto De Villa López, Leonardo Báez Fuentes, Verónica Eustolia Martínez Román, Ignacio Chiu Chan, Simón Herrera Bazán, Martín Briseño Arjona, Alejandro Alanis Saldaña, José Fernando Cervantes Merino, Ramón Rueda Ramírez, Antonio Manuel Vega Rojas, Fernando Zapata Mendoza, Alejandro Manuel Ortega Márquez, Juan Daniel Mendoza Pantoja, Nicolás Vázquez Flores, Juan Manuel Leos Meza, Alejandro Morales, Sergio Buendía, Alejandra Leonor Jiménez Jiménez.

A: ***Lic. Alfredo Lorenzo Arias Cardona***

Y en especial a mi asesor de tesis, modelo ejemplar de profesionista a seguir tanto como Licenciado en Derecho como catedrático, quien con sus vastos conocimientos permitió dar forma a mi inquietud por elaborar un trabajo sobre eutanasia y de quien tanto he aprendido, mi infinito agradecimiento por la dedicación puesta en este trabajo para ayudarme a lograr una de mis metas, ya que sin Usted no hubiera sido posible. Para Usted Licenciado con profundo cariño, admiración y respeto.

Al: ***Distinguido Jurado***

Lic. Alfredo Lorenzo Arias Cardona

Lic. Antonio Manuel Vega Rojas

Lic. Miguel Enrique Estrada Gil

Lic. Alejandra Leonor Jiménez Jiménez

Lic. Verónica Eustolia Martínez Román

Por el honor de contar con Ustedes en el presente examen profesional.

A: ***Lic. Guillermina Olguín Vargas***

Por su profesional desempeño como directora de la carrera de Derecho en la Universidad Latina; su confianza, comprensión e infinita ayuda en los trámites a seguir.

INDICE

INTRODUCCIÓN.....	6
 CAPÍTULO I	
ASPECTOS HISTÓRICOS DE LA EUTANASIA.	
1.- ¿ Qué es y qué no es la eutanasia ?	8
2.- Raíz etimológica de eutanasia.....	9
3.- Definiciones de eutanasia.....	10
4.- Concepto actual de eutanasia.....	13
5.- La eutanasia en los albores de la humanidad.....	14
6.- La antigüedad clásica.....	15
7.- El Renacimiento y la Época moderna.....	15
8.- La eutanasia en la Alemania Nazi.....	17
9.- Consecutivos intentos de la legislación en Inglaterra.....	18
9.1 Propuestas legislativas sobre eutanasia.	
9.2 Sociedades y manifiestos eutanásicos.	
9.3 Debates en el parlamento inglés.	
10.- Aproximaciones históricas de Derecho comparado.....	22
11.- Cronología de una muerte deseada.....	23
12.- Eutanasia en México.....	25
12.1 Aspecto en la primer época.	
12.2 Aspecto en la época prehispánica.	
12.3 Aspecto en la época colonial.	
12.4 Aspecto en la época independiente.	
12.5 Aspecto en la época de la reforma.	
12.6 Aspecto en la época del Porfiriato.	
12.7 Aspecto en la época revolucionaria.	
12.8 Aspecto en la época actual.	
13.- Reflexiones sobre la historia del movimiento eutanásico.....	27

CAPÍTULO II

CONCEPTOS BÁSICOS Y TIPOLOGÍA Y SU RELACIÓN CON LA ÉTICA, LA MORAL Y EL DERECHO.

1.- Clasificación de la eutanasia según la doctrina.....	32
1.1 Atendiendo a la finalidad.....	32
1.1.2 Eutanasia Eugénésica.	
1.1.3 Eutanasia Criminal.	
1.1.4 Eutanasia Económica.	
1.1.3 Eutanasia Experimental.	
1.1.4 Eutanasia Solidaria.	
1.1.5 Eutanasia Piadosa.	
1.2 Atendiendo a la modalidad de la acción.....	33
1.2.1 Eutanasia Activa.	
1.2.3 Eutanasia Pasiva.	
1.3 Atendiendo a la concurrencia de la voluntad de la víctima.....	33
1.3.1 Eutanasia Voluntaria.	
1.3.2 Eutanasia No voluntaria.	
1.3.3 Eutanasia Impuesta.	
1.4 Atendiendo a la relación de causalidad que une la acción con el resultado....	33
1.4.1 Eutanasia Directa.	
1.4.2 Eutanasia Indirecta o Lenitiva.	
2.- Clasificación según la época histórica.....	36
3.- Elementos de la Eutanasia.....	36
4.- Tipificación jurídica de la eutanasia.....	37
5.- Consideraciones generales sobre la moral, la ética y el derecho.....	39
6.- Diversas concepciones éticas y la ley.....	40
7.- Diferentes contextos éticos.....	41
8.-Las religiones y la eutanasia.....	43
9.- Morir con dignidad.....	47

10.- Publicaciones recientes.....	52
11.- Consideraciones religiosas sobre la eutanasia.....	53

CAPÍTULO III

ASPECTOS JURÍDICOS.

1.- Consideraciones generales sobre la tipicidad de la eutanasia.....	55
2.- Consideraciones en cuanto a la intención del que ayuda a morir.....	55
3.- Consideración en cuanto a la voluntariedad del sujeto pasivo.....	56
4.- Estudio de las razones jurídicas en torno a la eutanasia.....	58
4.1 El motivo de piedad.	
4.2 El consentimiento en general.	
4.3 El consentimiento en algunas legislaciones.	
4.4 El consentimiento y la eutanasia.	
4.5 Eutanasia, justicia y libertad.	
5.- La eutanasia a nivel mundial.....	64
6.- La eutanasia en algunas escuelas de Derecho Penal.....	66
7.- La Eutanasia y el derecho comparado actual.....	68
8.- El derecho penal mexicano.....	71
8.1 Códigos penales antes de 1931.	
8.2 El Código penal de 1931.	
8.2.1 Homicidio simple.	
8.2.2 Homicidio calificado.	
8.2.3 Subtipos especiales de homicidio.	
8.2.4 Auxilio e inducción al suicidio y homicidio con consentimiento de la víctima.	
8.3 El Nuevo Código Penal para el Distrito Federal del 16 de julio del 2002.	
8.3.1 Homicidio simple.	
8.3.2 Homicidio calificado.	
8.3.3 Subtipos especiales de homicidio.	

8.3.4 Auxilio e inducción al suicidio y homicidio con consentimiento de la víctima.

9.- Los códigos penales de la República Mexicana.....	79
10.- Los criterios de la Suprema Corte de Justicia de la Nación.....	82

CAPÍTULO IV

ASPECTOS MÉDICO-LEGALES Y PSICOLÓGICOS.

1.- Poder y debilidad de la medicina.....	85
2.- La ética del médico.....	92
3.- El dolor y la muerte.....	101
4.- Tratamiento terapéutico y testamento en vida.....	114
5.- Posibilidad de suprimir el tratamiento.....	117
6.- Etapas previas a la muerte.....	121
7.- El enfermo terminal.....	124
8.- El duelo.....	127
9.- La participación de la algología, la tanatología y la bioética.....	135

CAPÍTULO V

PROPUESTAS DE LEGALIZACIÓN.

1.- Necesidad de legislar sobre la eutanasia.....	144
2.- Los derechos humanos.....	146
3.- La Asociación Médica Mundial.....	152
4.- Una alternativa a la eutanasia: las hospederías.....	153
4.1 Filosofía de la vida y de la muerte.	
4.2 Actitud humanitaria.	
5.- Casos en los que debe aplicarse.....	157
6.- Cultura de la muerte.....	159

7.- Consecuencias de su aplicación.....	161
8.- Propuestas para la legalización de la eutanasia.....	163
CONCLUSIONES	172
BIBLIOGRAFÍA	177

INTRODUCCIÓN

El objetivo del trabajo que se presenta es el de entender a la eutanasia como un acto de compasión humanitario, ya que a través de todos los tiempos ha estado presente en los diferentes tipos de sociedades bajo justificaciones diferentes y han siempre sido muchos los impedimentos de tipo religioso y social para llevarla a cabo.

Quisiera establecer un concepto adecuado al término de “eutanasia” ya que muchos insisten en calificarlo como homicidio piadoso cuando en dicha aplicación no se tiene el ánimo criminal de privar de la vida con toda intención, la actitud peligrosa de matar por matar, sino por el contrario el ánimo de alivio adelantando lo inevitable.

Sobre todo quisiera mencionar que en ocasiones se ha dejado a un lado el factor económico por considerársele “superficial”, sin embargo es un tema que en la actualidad no representa ya una trivialidad, haciendo hincapié en que nuestro país se encuentra en vías de desarrollo, donde el Estado proporciona atención médica gratuita y donde a veces, sino es que todo el tiempo tiene destinado poco presupuesto y no es posible satisfacer las necesidades de todo el pueblo, es por ello que la aplicación de la eutanasia sería un medio beneficioso para aquellos que padezcan una enfermedad incurable, dejando que las atenciones se centren en aquellos pacientes cuya esperanza de vida es mayor.

Desafortunadamente, creo que dentro de la sociedad mexicana no estamos preparados todavía para asimilar un tema de esta naturaleza, por lo cual debería formarse una conciencia en cada uno de nosotros para realizar una correcta toma de decisiones.

Actualmente la ciencia médica ha hecho que el término muerte natural quede restringido a pocas situaciones en comparación con anteriores épocas, sin embargo faltan todavía muchas cosas por descubrir, por estudiar, por aliviar.

Considero que el proceso de la muerte es un derecho, el propio afectado debe decidir, la mayoría de las personas deseamos tener una muerte pacífica y sin sufrimiento, la aplicación de la eutanasia exige abordar los aspectos físicos, sociales y emocionales del paciente, lo importante es lograr un cambio de actitud respecto de la misma y es un tema tan complejo, que deben participar especialistas de todos los campos como médicos, filósofos, profesores, juristas que realicen un análisis detallado en relación a éste tópico tan controvertido.

En este tema se revela paradójicamente el poder y la impotencia del ser humano; el poder de disponer de la vida ante su impotencia ante la muerte, ante el no superar el dolor, la impotencia y la angustia, por lo que hasta ahora el medio idóneo para resolverlo es la aplicación de la eutanasia como un reto de la sociedad ante la vida.

En este trabajo se pretende que se recapacite sobre la eutanasia como una ventana abierta al esperanza, que se perciba el sufrimiento profundo que brota del interior de los seres humanos y angustia que les hace desear desaparecer de este mundo para hallar la paz y reencontrarse con la libertad, tan insoportable el dolor que provoca la urgente necesidad de abandonar la existencia.

Cuando la vida es un profundo sufrimiento y una pesada carga, la muerte es el remedio y la liberación, somos muchos los seres humanos que luchamos por conseguir la legalidad de una muerte digna, una voz implora justicia y un profundo entendimiento a todos aquellos que tienen una desgraciada existencia; la nueva era se perfila a través de hombres valientes, bendita muerte porque sin ella la vida sería insoportable y no tendríamos oportunidad de liberarnos para siempre de nosotros mismos, “ LA LIBERTAD DEBE SER RESPETADA ”.

Aquí esta la pregunta: ¿ será posible para nosotros como sociedad el reconocer y hacer valer la importancia fundamental de la vida mientras que al mismo tiempo reconocemos y hacemos valer el derecho de un paciente a morir con dignidad ?

CAPÍTULO I

ASPECTOS HISTÓRICOS DE LA EUTANASIA.

1.- ¿ QUÉ ES Y QUÉ NO ES LA EUTANASIA ?

Una de las mayores controversias en las últimas dos décadas es la Eutanasia, la Eutanasia es el inducir a la persona a una muerte sin dolor por razones de piedad. Un gran número de consideraciones legales están relacionadas en los casos de eutanasia por lo que el estado tiene el derecho a intervenir por ser la unidad de un sistema jurídico. El Estado puede especificar el número de individuos que deben estar de acuerdo para que la eutanasia se legalice, que tan frecuentemente puede alguien firmar la autorización para practicar una eutanasia, los casos en que el individuo tiene el derecho a decidir. La voluntad de vivir es también una parte muy importante en los aspectos legales de la eutanasia, ya que expresan el pensamiento del paciente hacia un tratamiento médico futuro.

Los métodos médicos y los efectos tienen un enorme impacto en como la gente ve la eutanasia, por lo que muchos lo consideran cruel e inhumano. En éste caso queremos enfatizar lo controversial y difícil que resulta el suicidio asistido o la eutanasia como una amable y fácil muerte con respecto de la buena muerte de otro o un asesinato piadoso.

Es controversial porque trae consigo conflictos sobre poderosos valores en una de las sociedades con más actitudes tradicionales expresadas moralmente, legalmente, filosóficamente y religiosamente con respecto a la protección especial de la vida humana, de hecho algunos claman la vida como un valor absoluto y el tomarla en sus manos les parece mal aún cuando se trate de eutanasia y suponen que debe prohibirse con toda la fuerza de la ley. El dilema está entre la protección de la vida humana y el derecho a la decisión y como la pregunta sobre hasta donde la ley debe reforzar las posiciones morales particulares va en

aumento. Y el conflicto es una de las absolutas consecuencias sobre dicho proceder que provoca diversas reacciones en cadena.

La eutanasia se discute en iglesias, clases de filosofía , bares, esquinas, hogares, sociedades médicas, hospicios y asambleas legislativas alrededor del mundo, por lo que considero necesario que exista una legislación sobre tan importante tema.

Por lo tanto debemos distinguir la eutanasia de otras acciones afines que se pueden confundir con ella. En primer lugar la eutanasia debe distinguirse del suicidio, forma que éste pueda darse dentro de un cierto proceso desfallecimiento psicológico social, se entiende por suicidio la muerte querida y deseada por la propia persona, es decir, la voluntad y consciente supresión de la propia vida. Hay que aceptar, que en el caso de la eutanasia voluntaria, ésta si se asemeja bastante suicidio; también puede darse un suicidio eutanásico, en los casos en que el paciente en situación eutanásica se de a sí mismo la muerte.

2.- RAÍZ ETIMOLÓGICA DE EUTANASIA.

La palabra eutanasia viene de dos raíces griegas: eu que significa bueno y thanatos que significa muerte. La etimología hace referencia a una muerte serena y tranquila, porque todos deseamos una buena muerte, sin embargo el contenido de esta expresión ha cambiado, ya que en el siglo XV lo ideal era una muerte consciente, mientras que ahora se desea una muerte rápida. En relación al modo de morir, se ha pasado del intento de suprimir el sufrimiento a suprimir al paciente, poco a poco la expresión “ buena muerte ” se fue refiriendo a la ayuda al morir mediante la abreviación intencional de dicho proceso; así, la eutanasia se relacionó más claramente con el proceso del fallecimiento, en estrecha referencia a una enfermedad terminal.

3.- DEFINICIONES DE EUTANASIA.

Existen diversas definiciones de eutanasia pues son muchos los autores que han pretendido precisar el concepto de eutanasia, entre los cuales destacan los siguientes:

- Marc Oraison: dicho autor establece de una forma concisa que la eutanasia es matar a alguien para impedirle sufrir¹.
- Gonzalo Higuera: este moralista español define a la eutanasia como la práctica que procura la muerte o abrevia una vida para evitar grandes dolores y molestias al paciente, a petición del mismo, sus familiares, o por iniciativa de tercera persona, que presencia, conoce e interviene en el caso concreto del moribundo².
- Miguel Angel Núñez Paz: define a la eutanasia como la conducta o comportamiento activo u omisivo que tiene por finalidad paliar la situación de dolor extrema, incluso anticipando la muerte de quien consintiendo o no, se halla en una situación de enfermedad o deficiencia límite o irreversible³.
- Diez Ripollés: este autor manifiesta que es el comportamiento que, de acuerdo con la voluntad o interés de otra persona que padece una lesión o enfermedad incurable, generalmente mortal, que le causa graves sufrimientos y afecta a su calidad de vida, da lugar a la producción, anticipación o no aplazamiento de la muerte del afectado⁴.
- Calsamiglia: dicho autor menciona que la eutanasia existe cuando se precipita la muerte del enfermo terminal que la desea con el objeto de evitar un daño mayor, la acción u omisión la realiza una tercera persona⁵.

¹ SCHAEERER, René. Les hommes devant la mort, Ed. du Cerf. Paris, 1975, p.56.

² HIGUERA, Gonzalo. Distanasia y moral: experimentos con el hombre. Ed. Santander, 1973, p.252. España.

³ NÚÑEZ PAZ, Miguel Ángel. Homicidio consentido, Eutanasia y derecho a morir con dignidad", Ed. Tecnos, 1999, Madrid 498 p.

⁴ DIEZ Ripollés. Eutanasia y Derecho, Ed. Universidad de Santiago de Compostela, Valencia, 1999.

⁵ CALSAMIGLIA. Sobre la Eutanasia, Ed. Doxa, p. 358, 1995.

- Sir Francis Bacon: define a la eutanasia como facilitar la muerte a los enfermos terminales desahuciados e incluso la supresión de vidas desprovistas de valor vital, irreparables o socialmente inútiles⁶.
- Dérobert: la define como la muerte dulce y sin sufrimiento que se da a los enfermos incurables, cuya evolución de la enfermedad es fatal y que están torturados con dolores físicos intolerables y persistentes, que los medios terapéuticos no pueden atenuar.⁷
- Víctor Pérez Valera: define a la eutanasia como la acción positiva y directa que por motivos de piedad, provoca la muerte de un enfermo moribundo, desahuciado o con grave deformación permanente, con o sin la petición o consentimiento expreso de la víctima.⁸
- Chin Hsian-wei: un especialista en ética de China, la define como la elección de un acto o de la falta de acción para eliminar el sufrimiento con la intención de que lleve a la muerte, o elegir una acción o inacción que directamente lleva a la muerte.
- Manuel Carias Ortiz: la define como el acto realizado por un sujeto movido de 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 diagnóstico médico, con la única finalidad de ahorrarle sufrimientos innecesarios.⁹
- Rafael De Pina: la define como la muerte sin sufrimiento físico y, en sentido estricto, la provocación de esta manera o voluntariamente.¹⁰
- Juan Pablo II: en su encíclica "El Evangelio de la Vida" define la eutanasia como adueñarse de la muerte, procurándola de modo anticipado y poniendo así fin

⁶ BACON, Sir Francis. *Historia Vitae et Martini*, 1623.

⁷ SCHAERER; René. *Comment se pose la question de l'euthanasie?* Ed. Du Cerf. Paris, 1975 p. 93

⁸ PÉREZ VALERA, Víctor. *Eutanasia ¿Piedad? ¿Delito?* Ed. Jus. México, 1989 p.42.

⁹ <http://degenp.unam.mx/planteles/p8/mixcoac/PLANTILLA/eutanasia2.html>

¹⁰ DE PINA, Rafael. *Diccionario de Derecho*. Ed. Porrúa. México, 1983 p. 262

“ dulcemente ” a la propia vida o a la de otro. Y se considera esto como una cultura de la “ muerte ” que se ve en las sociedades del bienestar, caracterizadas por una mentalidad eficientista, que va en contra de los ancianos y los más débiles, caracterizadas como algo gravoso e insoportable, aisladas por la familia y la sociedad, según lo cual una vida inhábil o tiene ya valor alguno. Y vuelve a definir la Eutanasia como una “ acción o una omisión ” que por su naturaleza y en la intención causa la muerte, con el fin de eliminar cualquier dolor situada en la intención y los métodos usados.

- Asociación médica mundial: la define como el acto deliberado de dar fin a la vida de un paciente, ya sea por su propio requerimiento o a petición de sus familiares. También se define como toda actuación cuyo objetivo es causar la muerte a un ser humano para evitarle sufrimientos, bien a petición de éste, bien por considerar que su vida carece de la calidad mínima para que merezca el calificativo de digna, el objetivo buscado debe ser la muerte.
- Enciclopedia Multimedia Salvat: la define como la acción que provoca la muerte con el fin de evitar el sufrimiento físico de un sujeto.
- Diccionario Enciclopédico Quillet: la define como la muerte dulce, exenta de dolor , en medio de un sueño provocado por calmantes que evita que un enfermo, en estado desesperado sufre de dolores intolerables e innecesarios, en medio de una decadencia física e intelectual irremediable.
- Diccionario Ilustrado Danae: la define como la muerte sin sufrimiento físico que permite causar la muerte a personas con gran sufrimiento o con graves defectos congénitos.
- Enciclopedia Microsoft Encarta: la define como la muerte provocada por propia voluntad y sin sufrimiento físico, en un enfermo incurable, a fin de evitarle una muerte

dolorosa, y la práctica consistente en administrar las drogas, fármacos u otras sustancias que alivien el dolor, aunque con ello se abrevie su vida.

- Organización Mundial de la Salud: acción del médico que provoca deliberadamente la muerte del paciente.

Nosotros la podemos definir como aquella práctica que pone fin a la vida de los pacientes con un dolor del alma y del cuerpo insoportables para el ser humano, los cuales la ciencia médica se encuentra imposibilitada para resolver, ocasionando paz y tranquilidad.

4.- CONCEPTO ACTUAL DE EUTANASIA.

Hemos consultado diferentes fuentes tanto bibliográficas, hemerográficas, legislaciones y direcciones de internet y todas ellas tienen un concepto parecido, la eutanasia es pues el tránsito aceptado con espíritu sereno por la conciencia de haber gastado notablemente la propia vida; es la oportunidad para liberar al hombre de una esclavitud, la cual es el sufrimiento; es la deliberada producción de la muerte de una persona sobre la base de que con su situación se considera mejor morir que continuar viviendo.

Es necesario destacar algunos elementos esenciales de las anteriores definiciones para poder hablar de eutanasia en sentido estricto. En primer lugar debe tratarse de un paciente en estado agónico, de un moribundo, si se tratara de un paciente crónicamente enfermo, pero no a punto de morir, le llamaríamos eutanasia en sentido amplio. La edad no es un factor de gran relevancia, pero no podemos juzgar de igual manera la aplicación de la eutanasia en un niño que tiene un futuro por delante, respecto de un anciano que naturalmente está más próximo a la muerte.

En segundo lugar otro aspecto básico es el motivo de misericordia, piedad o compasión ante los terribles dolores o sufrimientos del enfermo. Y por último es importante señalar la intención del agente de procurar abreviar la vida directamente.

5.- LA EUTANASIA EN LOS ALBORES DE LA HUMANIDAD.

Entre algunos pueblos primitivos se aceptaba la costumbre de matar o abandonar a las personas muy ancianas o muy enfermas, para que murieran irremediamente; entre los esquimales se practicaba una especie de eutanasia voluntaria, pues se abandonaba en un igloo herméticamente cerrado al anciano o enfermo que así lo pedía. Actualmente tales costumbres nos resultan inhumanas y bárbaras por la manera en que se provocaban dichas muertes que se encontraban muy lejos de los métodos que se proponen ahora, aún cuando en pocas sociedades primitivas existían incipientes maneras de proteger a los ancianos.

En la antigüedad, los griegos fueron los primeros en hacer un amplio debate sobre el suicidio, que permitieron bajo ciertas condiciones, en ciertas ciudades los magistrados disponían de veneno para aquellas personas que deseaban morir, previo permiso del senado a quien exponían sus motivos para ser estudiados. De hecho, Hipócrates describe al médico como un curandero que ahuyenta el sufrimiento de los enfermos, alivia las dolencias, pero rechaza toda clase de tratamientos para aquellos que padecían enfermedades incurables cuando la medicina era impotente para curar la enfermedad.

Los griegos aceptaron el concepto de eutanasia como buena muerte; los estoicos adoptaron el suicidio como una alternativa cuando la vida ya no era natural a causa del dolor de graves enfermedades o anomalías físicas.

6.- LA ANTIGUEDAD CLÁSICA.

Anteriormente la palabra *ευθανασία* no se usaba como la ayuda a morir, sino que se pensaba que el hombre no podía pedir otra cosa mejor a los dioses, que una buena muerte; sabemos por la historia que grandes pensadores de Grecia y Roma practicaron el suicidio eutanásico, ya sea por caer enfermos o simplemente por considerarse inútiles en algún momento de su vida. Los estoicos y algunos otros pensadores tuvieron una gran influencia en las prácticas eutanásicas ya que nos dejaron muchos textos en los que se recomienda la huida eutanásica ante el dolor y la enfermedad, con frases como:

“ Si concurren circunstancias que le aflijan y turbe su sosiego, dejará la vida; y no ha de esperar al último extremo para abandonarla ”¹¹

“ En cuánto a aquellos cuyo cuerpo está mal constituido, se les dejará morir ”¹²

En la sociedad espartana se daba muerte a los bebés que demostraban no tener la suficiente fuerza para combatir, ya que recordemos que Esparta era un pueblo guerrero; la eutanasia neonatal estaba autorizada legalmente en Roma en la que el padre podía matar, en el acto de nacer, al hijo gravemente deforme.

7.- EL RENACIMIENTO Y LA ÉPOCA MODERNA.

Con la Edad Media y las guerras, llega la idea de matar por misericordia a aquellos que caen gravemente heridos en el campo de batalla; mientras que las pestes y epidemias inspiraron debido al espíritu religioso una profunda preocupación sobre el arte del bien morir.

¹¹ SÉNECA, *Tratados filosóficos, Cartas*. Ed. Porrúa, Col. “ Sepan Cuantos... ”. México, 1979. p. 173.

¹² PLATÓN, *Diálogos*, Ed. Porrúa, Col. “ Sepan cuantos... ”. 12ª. edición, México, 1981, p. 489.

El autor de la “ Utopía “, Tomás Moro, admitió la eutanasia, con lo que escandalizó a más de uno, al manifestar: “... que ya que su vida es una tortura no dude en morir, que piense en librarse de una vida tal que es un tormento, procurándose la muerte o aceptando que otro se la de...”¹³

Se le atribuye a Bacon el uso del término eutanasia con la acepción actual, postulando la ayuda al bien morir, proponiendo que los doctores busquen un método eficaz para disminuir o mitigar los sufrimientos en la última etapa de la vida, lo que ahora conocemos como cuidados paliativos.

En 1873 Tollemanche realiza un manifiesto a favor de la eutanasia con lo que atrajo la atención de mucha gente a lo que no se hizo esperar las abundantes críticas, sin embargo fue una motivación para otros que pensaban de una manera semejante, pero no se atrevían a exteriorizar sus pensamientos y sentimientos.

En el año de 1922 ocurre un movimiento de suma importancia para el movimiento eutanásico con K. Binding y A. Hoche quienes apelaban al concepto de vida sin valor que describió F. Nietzsche en El crepúsculo de los ídolos, argumentando que el enfermo es un parásito de la sociedad y que llegado a cierto estado, ya no es conveniente vivir más, resulta obstinado el hecho de permanecer cobardemente y convertirse en esclavo de los médicos y de sus prácticas; y, que la muerte debe ser elegida libremente en el momento en que se desea y en el que se está aún lúcido y con el corazón alegre, es posible recapitular la vida y dar un adiós real.

En Gran Bretaña nace el movimiento eutanásico en 1931 cuando el Dr. Millard ofrece un discurso ante la Society of Medical Officers of Health (Sociedad de Directores Médicos de Salud), y entre las posturas que sostiene, habla sobre que en su mayoría, el ser humano muere acompañado de dolores terribles, que se considera cruel a aquel que no practica o desea la muerte a los animales que sufren y entonces porque no considerarlo cruel en el ser humano,

¹³ MORO, Tomás, Utopía, Ed. Nuevomar, México, 1984, p. 102.

que la eutanasia se legalice como un acto de personas racionales que somos en forma valiente y altruista, que el suicidio es malo y no así la eutanasia en forma correcta, y que deben hacerse propuestas legislativas con base en el mundo en el que vivimos.

Todas estas propuestas no se llevaron a cabo en su momento por el hecho de considerarse débiles, sin embargo motivaron al doctor para fundar en 1935 la Sociedad Eutanásica, asumiendo en 1969 el nombre de Sociedad de Eutanasia Voluntaria.

8.- LA EUTANASIA EN LA ALEMANIA NAZI.

Mientras todo esto sucedía en el mundo, en Alemania, Hitler autorizó a dar facultades a los médicos para que pudieran conceder la gracia de la muerte a los enfermos juzgados incurables después de haber valorado críticamente su estado de salud.

La eutanasia en Alemania tiene su origen en el texto del psiquiatra Alfred Hoche y del jurista Karl Binding, llamado “La destrucción de la vida carente de valor”, en la que referían las ventajas económicas que se obtienen al suprimir la vida de ciertos pacientes, manifestando que ya no tenía ningún valor. Posteriormente éstas ideas se propagaron entre los intelectuales quienes comenzaron a cometer atrocidades como lo fue la promulgación de una ley en la que se “prevenían” enfermedades hereditarias y en la que se exigía la esterilización obligatoria, por lo que muchas personas fueron sometidas a dicho tratamiento, incluso aquellas personas que hubiesen perdido un miembro por accidente de trabajo.

Cuando la segunda guerra mundial estalló, se pretendió relacionar la eutanasia con la causa bélica y los programas eutanásicos cobraron auge y murieron de este modo miles de personas multiplicándose dicha eliminación en proporciones geométricas. Ya no sólo se exterminaba a los enfermos sino a los ancianos, niños deformes, aquellos que eran débiles por la escasez de comida, pues catalogaban sus vidas como carentes de valor, hasta que se llegó a los asesinatos genocidas de rusos, judíos, gitanos; mencionemos también los experimentos médicos con el bacilo de la fiebre tifoidea y aquellos que servían como conejillos de indias a

los estudiantes de medicina “ para conservar al virus vivo ”, convirtiéndose en personas improductivas de la población y dicho programa de “ eutanasia ” fue fomentado por los médicos así como por los mejores investigadores del área de medicina; manejaban que el control de vida era una función propia de la sociedad, por diversos factores, entre ellos la explosión demográfica y las necesidades de la comunidad.

Sin embargo el término que los nazis dieron a la eutanasia, no es el mismo que se conoce en nuestros días, ya que ellos lo utilizaron como un plan de eliminación con orígenes racistas eliminando a todo el que no fuera de raza pura (alemán).

9.- CONSECUTIVOS INTENTOS DE LA LEGISLACIÓN EN INGLATERRA.

En el año de 1950 se realizan debates en la Cámara de Lores sobre movimientos a favor de la eutanasia propuestos por personas cuya profesión era la medicina, sin embargo fueron rechazados sin haber votado, incluso en la Asamblea General de la Asociación Médica Mundial se llegó a la resolución de exhortar a todos sus miembros a condenar la práctica de la eutanasia en cualquier circunstancia, y, dos años después un grupo de científicos y médicos pidió a las Naciones Unidas que enmendara la Declaración de los Derechos Humanos para que se realizara una eutanasia voluntaria a aquellos enfermos considerados incurables, hecho que constituyó un nuevo fracaso.

Surge posteriormente el profesor Glanville Williams queriendo retomar el movimiento eutanásico inglés siendo el ponente en una conferencia en la Sociedad Eutanásica sugiriendo una vía de compromiso al no matar, sino anticipar la muerte, con lo que se presentó ante la Cámara de los Lores un nuevo proyecto a favor de la eutanasia.

9.1 PROPUESTAS LEGISLATIVAS SOBRE EUTANASIA.

Uno de los primeros textos legales fue el propuesto por Ann may en 1906 en el que declaraba que toda persona afectada de una enfermedad incurable acompañada de grandes dolores, puede pedir la reunión de una comisión de cuatro personas, las cuales tendrían el

derecho a decidir sobre el hecho de dar fin a ésta vida dolorosa; y, fue aceptado en primer término, pero rechazado en la jurisdicción superior, con lo cual se dio la primer consagración legal en los tiempos modernos.

Meses después, el Dr. Gregory propone una iniciativa planteando la muerte de los enfermos incurables, niños que presentasen malformaciones e idiotas mediante el uso de anestesia, pero éste intento fue también rechazado. Sin embargo la propuesta del Dr. Millard mencionada anteriormente presentaba nuevas condiciones para que se llevara a cabo como:

- a) que el paciente sufra una enfermedad fatal e incurable;
- b) que el paciente sea mayor de veintiún años;
- c) que el paciente firme una solicitud en presencia de dos testigos, en la que pida su muerte;
- d) que se anexasen dos certificados médicos y se envíen a un oficial designado por el ministro de salud para que se entrevistase con el paciente y se asegurase de que es su deseo expreso el llevar al cabo esa petición.
- e) que al realizar un análisis detallado de la situación, la Corte envíe dos certificados de aceptación, uno para el paciente y otro para el médico otorgando el permiso para ejecutar la eutanasia en presencia de un testigo oficial.

En 1938 se hace un proyecto en Nebraska similar al inglés, definiendo a la eutanasia como la terminación de la vida por medios indoloros con el fin de acabar con los sufrimientos físicos, no era un requisito indispensable el que la enfermedad fuera mortal. Para el año de 1947 se presentan nuevos proyectos, uno de ellos ante la Asamblea de Nueva York en la que se propone que todo individuo mayor de 21 años con una enfermedad incurable determinada así por la ciencia médica y dolorosa, tiene la libertad de que se le administre la eutanasia.

En el estado de Wisconsin más tarde se presentó un proyecto que se consideró más razonable en el que se daba el derecho a la persona afectada por una enfermedad incurable con graves dolores a morir con dignidad y a que rechazara todo remedio destinado a prolongar su vida. Al realizarse la legalización del aborto en 1973, varios estados de la Unión Americana realizaron peticiones formales para la aplicación de la eutanasia, entre los que destacaron Virginia, Pennsylvania, Florida, Hawai, entre otros.

En 1973 en Holanda, se fundó la Sociedad para la Eutanasia Voluntaria, con miles de miembros, para entonces el 15% de las muertes se realizaban por este medio, al igual que en Alemania; en 1977 en Suiza, se vota un documento a favor de la eutanasia en el cantón suizo de Zurich.

9.2 SOCIEDADES Y MOVIMIENTOS EUTANÁSICOS.

Se crea una sociedad con el nombre de Exit que es pionera a favor de la muerte digna, que se localiza en Londres y fue fundada en el año de 1935, posteriormente cambió su nombre a Asociación pro Eutanasia Voluntaria. Una de las asociaciones más recientes reconocida mundialmente es la ADMD que protege la libertad sobre el derecho a decidir el momento en que deba terminarse con la vida.

A través de los tiempos se ha realizado diversos manifiestos sobre la eutanasia, y a través del mundo han tenido lugar conferencias, simposiums, pero en las cuales también se ha dejado en claro que el hombre no tiene la capacidad de conformarse ante la muerte, por raíces tanto biológicas como espirituales, por las prohibiciones sociales y el compromiso del médico a preservar la vida.

En Francia se llevó al cabo el Congreso de Niza en el que participaron todas las asociaciones en pro del derecho a morir con dignidad y en el que sobresale que los médicos están convencidos de que debe respetarse a la persona y a la vida, pero que también se debe tener el derecho a decidir sobre cuando la vida debe terminar y que dichas peticiones no

pueden ser ignoradas, porque el paciente ya no tiene una calidad de vida y se le pretende dar cantidad mediante tratamientos terapéuticos que lo único que hacen es prolongar la vida mediante el sufrimiento y la angustia, teniendo que reflexionar sobre cual es la misión de cada médico. México no ha sido la excepción, participando personajes de la rama médica, filosófica y religiosa en la que se declaran en contra de la práctica eutanásica.

9.3 DEBATES EN EL PARLAMENTO INGLÉS.

Es en la Gran Bretaña, el país en donde más se ha discutido sobre si debe o no llevarse al cabo la práctica de la eutanasia, argumentando todos los pros y los contras que se han difundido en los últimos años a través de los medios de comunicación, sin embargo el primer proyecto de 1936 se rechazó por las reacciones naturales ante el homicidio, a pesar de que se pretendía que se realizara bajo ciertas condiciones. En cuanto al debate en la Cámara de los Lores sobresale el hecho de que se manejaba la caridad equiparándola al punto cardinal de las religiones, pero comenzaron a tocarse temas como que pasaría si fuera un mal diagnóstico, si la persona que lo solicitaba tenía otros intereses, si la ciencia médica con sus progresos podía encontrar una cura para dicho mal, por lo que nuevamente dicha propuesta fue rechazada.

En 1950 también en la Cámara de los Lores se intentó argumentar que a los animales que sufren se les mataba para que terminaran con la agonía, que son varios los médicos que deseaban practicarla, que existían personajes ilustres que la defendían y se invitaba a los religiosos a no practicarla, pero si a tolerarla, dicho debate resultó en fracaso por motivos religiosos y sociales y porque se dijo que no había los suficientes argumentos para apoyarla y que en cambio las técnicas médicas para mitigar los dolores y curar enfermedades progresaba notablemente.

En 1969 se desarrolló otro proyecto en donde los argumentos no eran muy diferentes, se hicieron cambios en las formalidades y en las salvaguardias, no se hablaba de suicidio sino de que la libertad debe extenderse a aquellos que quieren poner fin a su vida, sólo que los argumentos opositores salieron victoriosos nuevamente al referir que se dejaba la interrogante sobre cual es la verdadera compasión, que el suicidio jamás se aprobará

legalmente, el hecho de que existe oposición a la aplicación de la pena de muerte por miedo a equivocarse y cometer una injusticia y que el deber del médico es proteger a toda costa la vida de sus pacientes.

10.- APROXIMACIONES HISTÓRICAS DE DERECHO COMPARADO.

Para hablar de derecho comparado, haremos una reflexión de los diversos aspectos de un problema con base en los códigos más representativos. Existe la necesidad de legislar sobre la eutanasia debido a que si ésta no está tipificada existe el peligro de que sea sancionada exageradamente no todos los homicidas por piedad son tratados de la misma manera y esto no sólo antiguamente, sino en la actualidad, ante esto se impone reflexionar acerca de la necesidad de legislar sobre la eutanasia, y tipificarlo más precisamente posible el delito de homicidio piadoso.

El derecho en general y más aún el derecho penal, deben procurar la justicia ya que en ésta no existe inequidad, la confianza en la administración de la justicia sufren serios deterioros cuando no existe una real solución a los problemas complejos o cuando los jueces tienen un gran margen de castigo.

Existe que legislaciones que consideran el motivo de piedad, como es el caso de los códigos penales del Europa continental, pues más que tipificar el delito, tipificar al actor, se basan en la personalidad del criminal, es decir, en su peligrosidad y en la probabilidad de que repite el crimen, y en ocasiones la culpabilidad es el factor determinante de la sanción. De este modo el motivo crece en importancia, refiriéndonos al código penal suizo y alemán; sin embargo el código noruego exige una mención especial pues es el único del siglo XX que apareció antes de la Primera Guerra Mundial y que especifica una atenuante prevista para el homicidio doloso si existe el motivo de piedad; normas parecidas adoptó el código polaco de 1932, en cambio el código penal uruguayo de 1933 hasta prevé el perdón judicial otorgando a los jueces la facultad de analizar el homicidio efectuado por móviles de piedad.

En Italia se disminuye la pena en los casos de homicidio a petición de la víctima; el código penal francés faculta al jurado para que analice las circunstancias atenuantes al dar el veredicto, por lo que varios casos de eutanasia han terminado en la solución, dichos tratamientos privilegiados se han negado en países como Estados Unidos e Inglaterra. Es así, que aún los códigos penales más permisivos de Europa se considera la eutanasia punible, aunque de modo más o menos leve, en todas las legislaciones se impone el respeto a la vida incluso del que quiere renunciar a ella.

11.- CRONOLOGÍA DE UNA MUERTE DESEADA.

Los primeros movimientos pro-eutanásicos surgieron a principios del siglo pasado, sin embargo la lucha por que se reconozca el derecho a morir dignamente, se ha topado con innumerables trabas científicas, legales y morales.

1.- 1906: En el estado de Ohio, en Estados Unidos se origina una gran polémica al realizarse una proposición para regularizar la eutanasia, pero es rechazada.

2.- 1920: Se condena a cadena perpetua a un hombre que envenena a su mujer a petición de ésta por el hecho de padecer una enfermedad que le resultaba dolorosa.

3.- 1934: En Uruguay se reconoce la inculpabilidad en el código penal para quien comete un homicidio piadoso, convirtiéndose en el primer país del mundo que da un paso hacia el reconocimiento de la eutanasia.

4.- 1935: Se funda la Sociedad de Eutanasia Voluntaria en Inglaterra por el Dr. Millard.

5.- 1939: Se pone en práctica un programa para eliminar a las personas que tienen una vida que no merece ser vivida, llamado Aktion 4.

6.- 1940: La eutanasia eugenésica del nazismo se amplía hasta pretender una raza pura.

7.- 1971: Una doctora holandesa practica la eutanasia con su madre y es condenada a prisión, se reforma su sentencia y muchos doctores confiesan haber realizado eutanasias.

8.- 1989: Jack Kevorkian conocido como Doctor Muerte practica la eutanasia por motivos de compasión.

9.- 1990: La Suprema Corte de Estados Unidos concede la petición a los familiares de desconectar a una paciente en estado vegetativo.

10.- 1993: Se toman las medidas legales en Holanda para evitar que se procese a aquellos que cometan el suicidio asistido.

11.- 1995: Se aprueba en el Norte de Australia la eutanasia, pero se deroga por la presión pública.

12.- 1997: Oregon se convierte en el primer estado en regular el suicidio asistido.

13.- 1998: Una comisión del Senado español analiza la despenalización de la eutanasia.

14.- 1999: Se condena al Doctor Muerte por practicar la eutanasia.

15.- 2000: La Asociación de Tanatología propone e informa sobre la eutanasia a los legisladores mexicanos.

16.- 2001: Holanda aprueba la regulación legal de la eutanasia.

17.- 2002 y 2003: Varios países estudian la posibilidad de legalizar la práctica de la eutanasia.

12.- EUTANASIA EN MÉXICO.

No existen datos claros o registros precisos sobre la práctica de la eutanasia, pero si la relación de ciertos aspectos, por lo que se señalan de forma muy generalizada.

12.1 ASPECTO EN LA PRIMER ÉPOCA.

La práctica extendida entre algunas tribus antiguas y grupos salvajes que aún se conserva, que impone como obligación sagrada al hijo administrar la muerte buena al padre viejo y enfermo, es una de las muestras más paladinas de que la eutanasia tiene remoto origen; el hombre primitivo sólo iba guiado por una moral utilitaria así que no podía proteger a los seres inútiles ni procurarles alimentos y lo mejor era librarles de sus sufrimientos, anticipándoles la muerte.

12.2 ASPECTO EN LA ÉPOCA PREHISPÁNICA.

De hecho no es considerada como una práctica de la eutanasia entendida como tal, sino que se daban matices de la llamada eutanasia eugenicoeconómica, es decir por las guerras con otras tribus, las llamadas guerras floridas y en la situación de una enfermedad grave o epidemia, aplicaban algo similar pues a pesar de sus adelantos médicos, no siempre tenían los recursos necesarios y suficientes para poder salvarlos y otro aspecto en el religioso y social que impedía algunas prácticas amparadas en base a la voluntad de los dioses, así como a veces se hacían sacrificios para ello, pero la diversidad de culturas con la azteca y la maya tenían criterios diferentes. Como antecedentes históricos señalamos la epidemia de viruela en la época de la conquista, donde tuvo que sacrificarse a muchas personas para evitar mayores sufrimientos y detener el mal.

12.3 ASPECTO EN LA ÉPOCA COLONIAL.

No hay indicios claros de esta práctica, o bien eran casos muy particulares y poco conocidos, pues principalmente la santa inquisición prohibía ciertos tipos de acciones o

prácticas contrarias a la vida divina o bien se “justificaban” por las circunstancias; se señalaba que era la voluntad de Dios y nada se podía hacer.

12.4 ASPECTO DEL MÉXICO INDEPENDIENTE.

Si bien la lucha y la conciliación de la Independencia logró calmar parte de la injusticia social, pero aún persistían plasmadas en la historia muchas de las costumbres de origen prehispánico y de la iglesia cristiana, que seguían siendo muy disimuladamente los ejes de las directrices socioeconómicas y culturales, dando margen a que continuara una situación un tanto similar.

12.5 ASPECTO EN LA ÉPOCA DE LA REFORMA.

La separación de la Iglesia y el Estado ayuda un tanto a los médicos a que actúen con mayor libertad, pero a pesar de ello, existían diferencias sociales y económicas muy marcadas que provocaban que no hubiera otro camino más que desde la eutanasia, esto se merma paulatinamente con los avances que dentro de las ciencias médicas se dieron y que poco a poco llegaron a México, todo esto sumado con la creciente preocupación jurisprudencial-social al respecto.

12.6 ASPECTO EN LA ÉPOCA DEL PORFIRIATO.

Aquí ya existe cierto acercamiento hacia las doctrinas europeas y a las escuelas que se presentan como Francia, las cuales dieron un panorama más claro de que y en que consistía la eutanasia, tomando en un juicio la postura de un rechazo y de no aceptarla para algunos, mientras que para otros omitían su opinión al respecto, por diversos motivos principalmente por la influencia de la religión y el aspecto social.

12.6 ASPECTO EN LA ÉPOCA DE LA REVOLUCIÓN.

Las marcadas diferencias y la lucha por la tierra y libertad, favorecían la práctica de la eutanasia ya que durante los combates muchas veces no se tenían ni existían los recursos médicos y económicos necesarios y se estaba entonces en la situación de la llamada eugenicoeconomía , por lo que no existía un proyecto claro de regulación jurídica.

12.7 ASPECTO EN EL MÉXICO ACTUAL.

El tema de la eutanasia no ha prosperado en México, a pesar de que se han realizado diversos ensayos sobre la misma, y a pesar de la evolución de las instituciones, los sectores sociales, políticos, culturales y religiosos no la permiten.

Cabe señalar que la eutanasia, se encuentra si bien es cierto, no regulada de manera expresa por la legislación, pero si expresamente prohibida como señala la mayoría de las legislaciones de todos los países, esto no implica ni quiere decir que no haya posibilidad para la regulación de sus prácticas o uso indebido de la misma en forma determinada.

13.- REFLEXIONES SOBRE LA HISTORIA DEL MOVIMIENTO EUTANÁSICO.

El recorrido histórico que hemos realizado a lo largo de más de 20 siglos, nos impone la necesidad de reflexionar de modo ponderado acerca de las motivaciones en el movimiento eutanásico y también acerca de las consecuencias que tendría en la sociedad la aceptación de este proyecto.

a) En primer lugar existe una tendencia a valorar al hombre por sus logros productivos y no por su dignidad y por otro a regatear los cuidados a los moribundos o desahuciados entiendo economía. En efecto, lo económico es un valor y en algunos casos puede legítimamente inclinarnos a que rehusemos el tratamiento y desde luego el encamizamiento

terapéutico, sin embargo no resistimos decididamente a considerarlo un valor supremo. A la posición económica debemos añadir a los economistas Robert H. Williams y a Richard Trubo, además de Glanville Williams y Marvin Khol aunque estos últimos podrían puntos de vista con más matices.¹⁴

b) La mentalidad de América fluye de una práctica consumista de la sociedad y conduce reforzarla, cuando se privilegian las cosas, la persona humana se reduce a niveles superficiales y pierde su calidad de fin para convertirse intermedio. Por un lado, con razón se denuncia en nuestra sociedad la explotación consumista que rodea la muerte: “ muerte maquillada ” que lucra con el dolor humano, como las empresas funerarias, los embalsamamientos y las inhumaciones; por otro lado, se encuentran las no siempre sutiles consecuencias de la muerte, en provecho de los deudos como los seguros y testamentos, y dentro de esto, sobre todo, la manipulación del hombre en sus múltiples facetas que reducen a las personas a la categoría de cosa.

c) Igualmente sufrimos la tiranía que añade la programación, que con la eutanasia pretende extenderse también a la muerte, de este modo el hombre se hace intolerante, y se priva de toda capacidad de sorpresa y de apertura ante lo nuevo e inusitado. Los pronósticos y diagnósticos médicos se consideran infalible y objetivos, ya no se deja sitio para el “ milagro ”, es irreversible.

d) El hombre del siglo veinte, frecuentemente se esclaviza bajo la tiranía de las emociones o del sentimentalismo al creerse libre. Las cargas afectivas indicadoras de sensibilidad humana, nublan o ciegan la razón la mayoría de las veces; en nuestros días podemos ver que la gente ya no procura a su prójimo, sino que prefiere no involucrarse con nadie, lo que en el fondo puede ocultar la petición de la eutanasia para los demás. Por lo que, el motivo de piedad aparece muy discutible, debiéramos preguntarnos si algunas motivaciones con menos están escondidas dentro de la noble fachada de alguien.

¹⁴ ELIZARI, Moral de la vida y la salud, Praxis cristiana. Ed. Paulinas. Madrid, 1981. p. 75-79.

Se crean entonces perspectivas inquietantes y afectivas debido a las relaciones emocionales y afectivas que se originan entre el enfermo y sus familiares y el médico, surge una interrogante cuando analizamos para quien es mayor el sufrimiento, ya que pensamos en el fondo y sabemos que nosotros algún día también podemos estar en la misma situación.

Se desea la muerte del enfermo para liberarnos a nosotros mismos y en parte porque nos molesta el espectáculo del sufrimiento, sin embargo también puede coexistir el motivo de piedad por el enfermo, aunque pueden mezclarse motivos egoístas, ya que muchas veces en los entierros o velorios o aún antes, cuando se nos da la noticia de una muerte escuchamos decir: ¡ Pobre, como sufrió, pero ya va a descansar, ya llegó la liberación !, aunque jamás se precisa para quien. Por ello Jean Paul Sartre afirmaba que los muertos son el botín de los vivos¹⁵, lo cual pasa en todas las familias, cuanta eutanasia quizá se realizará aunque no de forma consciente, para liberarse del enfermo y repartir rápidamente la herencia.

e) En ocasiones se ataca a los que rechazan la eutanasia, cuando utilizan el fanatismo, y no podemos negar algunas veces que pueda ser cierto, sin embargo esto representa un grave peligro por parte de los contrarios, somos víctimas de prejuicios individuales y de grupo, además de que en nuestra sociedad existe el racismo, el individualismo, los tabúes, los prejuicios antirreligiosos, la insensibilidad a la solidaridad de la dimensión social del hombre; y aunque la muerte es sin duda un acontecimiento personal, es también una fuerte dimensión social, a lo que muchos están ciegos, puede solaparse abusos, discriminaciones, injusticias, e imposiciones intolerantes bajo una buena muerte, lo que sucede cuando se aplica la eutanasia social hacia los ancianos aunque no aceptemos abiertamente que nos parecen obsoletos, inútiles e improductivos, la muerte juega un papel primordial en nuestras actitudes, por ser un tabú en nuestra sociedad occidental, con lo cual debemos reflexionar sobre los beneficios del vivir con mayor realismo la muerte.

Existen rasgos universales que las personas presentan ante la muerte como el hecho de no hablar de ella a los niños, que a partir que escuchan de ella desean una muerte rápida y dolor, que en la juventud no nos imaginamos la muerte o no queremos imaginárnoslas, ya que

¹⁵ ORACIÓN, L'euthanasie et le mystère de l'homme, Cahiers Laënnec, 1963 p.19.

la muerte sería el final de todo, en la edad intermedia existe el temor a las enfermedades incurables y largas, y es en la senectud después de haber pasado por muchas experiencias e incluso tal vez de varias muertes del círculo que nos rodea como amigos, vecinos o familiares, se toma la muerte de manera tranquila y dulce pensando únicamente que es el final de la vida, más aún aquellos que durante su vida profesaron alguna religión, ya que tienen la esperanza de alcanzar la vida eterna.

f) En cuanto a la violencia, sabemos que lleva también a la muerte, la misma sociedad que supuestamente es civilizada, permite o fomenta la muerte biológica o sociológica violenta, podemos mencionar la marginación de los viejos, enfermos, minusválidos o con algún problema mental, además de las guerras, las ejecuciones capitales, la muerte ecológica y el incremento de suicidios que pone en claro lo que la misma sociedad ha hecho con muchos de sus miembros; y aunque es una tendencia inconsciente, es violenta y destructiva y es tal vez la causante de que tratemos a los enfermos y moribundos como máquinas descompuestas, que hay que arrojar fuera del mundo de los vivos.

g) El hombre moderno, se enfrenta también a la técnica, y aunque no estamos en contra de su progreso, ha invadido también el ámbito de la muerte, un ejemplo claro es el hecho de que las personas ya no mueren en su casa, sino en el hospital, que tienen los beneficios de la tecnología biomédica, sin embargo a costa de que se rompan las relaciones familiares, sustituyéndose por las relaciones internacionales de los médicos y enfermeras, así el abandono y la soledad, provocan un ambiente propicio para solicitar la eutanasia.

Anteriormente los médicos aunque eran más antiguos, eran más humanos, ya que actualmente son más científicos y tienen la capacidad de preparar a los moribundos a la aceptación de la muerte, existe incluso una especialidad en la rama médica llamada “ Médico especialista en enfermedades terminales ”, y dichas técnicas biomédicas han abierto muchos horizontes; por lo que muchas enfermedades se han erradicado o por lo menos se ha encontrado una cura para ellas, pero han surgido otras frente a las cuales el hombre todavía se considera impotente como el cáncer, el sida, la neumonía atípica, el ébola, etc., o simplemente los casos de muerte cerebral, frente a las cuales los cuidados médicos y tratamientos se

consideran sólo paliativos; mientras que las nuevas técnicas de resucitación son a veces armas de dos filos, que lo único que hacen es prolongar la agonía.

h) Sin embargo también hay casos conflictivos en los que se solicita con urgencia una solución fácil, cómoda, inmediata; pero, al ser la eutanasia tan compleja no se puede caer en una solución tan precipitada, debiendo intervenir el derecho.

i) Invocamos la libertad para justificar la eutanasia, independientemente de los límites, pero partiendo de una concepción individualista, donde nosotros seamos dueños de los valores y las dimensiones sociales, éticas y religiosas.

j) Finalmente se habla de que los valores han sufrido una erosión, se dice entonces que la pérdida de unos lleva a la pérdida de otros y que entonces la sociedad se volverá permisiva, sin embargo debemos tomar en cuenta que los tiempos han cambiado y que frente a ello nuestras posiciones y actitudes deben también cambiar, que lo que antes era un valor tal vez no lo sea ahora, pero que de acuerdo a las necesidades podemos buscar nuevos, lo importante es que tengan una funcionalidad, por lo que debemos analizar el proyecto de legalización de la eutanasia.

CAPÍTULO II

CONCEPTOS BÁSICOS Y TIPOLOGÍA Y SU RELACIÓN CON LA MORAL, LA ÉTICA Y EL DERECHO.

1.- CLASIFICACIÓN DE LA EUTANASIA SEGÚN LA DOCTRINA.

Las prácticas eutanásicas forman parte de las culturas precristianas pero el curso de los siglos han cambiado el significado y el valor atribuido a la eutanasia. Su concepto, valoración y clasificación se transforman con la evolución de los acontecimientos históricos y de la civilización; sin embargo la doctrina la clasifica de la siguiente manera:

1.1 ATENDIENDO A LA FINALIDAD.

- a) Eutanasia eugénica: muerte dada a los seres deformes o tarados con el fin de mejorar la raza.
- b) Eutanasia criminal: muerte sin dolor ocasionada a los individuos socialmente religiosos.
- c) Eutanasia económica: eliminación de los enfermos incurables, locos, inválidos, ancianos para aligerar el costo económico, sanitario y asistencial.
- d) Eutanasia experimental: procura la muerte sin dolor a determinados sujetos con fines de experimentación para contribuir al proceso científico.
- e) Eutanasia solidaria: muerte indolora a seres humanos desahuciados con el fin terapéutico de utilizar órganos o tejidos y salvar la vida de otro sujeto.
- f) Eutanasia piadosa: muerte provocada por sufrimiento o compasión al sujeto que está soportando graves sufrimientos sin ninguna esperanza fundada de sobrevivir.

1.2 ATENDIENDO A LA MODALIDAD DE LA ACCIÓN.

- a) Eutanasia activa: muerte del paciente en estado terminal solicitada por éste y provocada por la acción positiva de un tercero.
- b) Eutanasia pasiva: muerte del paciente terminal causada por la omisión de un tratamiento terapéutico necesario.

1.3 ATENDIENDO A LA CONCURRENCIA DE LA VOLUNTAD DE LA VÍCTIMA.

- a) Eutanasia voluntaria: llamada genuina, se practica por requerimiento del enfermo terminal.
- b) Eutanasia impuesta: la que se practica aún en contra de los deseos del paciente.
- c) Eutanasia no voluntaria: se practica al ser humano que no es capaz de entender la opción entre la vida y la muerte.

1.4 ATENDIENDO A LA RELACIÓN DE CAUSALIDAD QUE UNE A LA ACCIÓN CON EL RESULTADO.

- a) Eutanasia directa: provocación de la muerte a una persona que se encuentra en fase terminal con medios certeros con la intención clara de procurarle el óbito.
- b) Eutanasia indirecta: administración de medicamentos o aplicación de técnicas al enfermo terminal que soporta una situación dolorosa para mitigar el sufrimiento con el efecto secundario de acortar la vida.

La deontología médica y la moral reprueban la eutanasia activa y directa, sea voluntaria o no voluntaria, y en cambio admiten como moralmente válidas la eutanasia pasiva y la indirecta: Estas distinciones no han quedado claras, además de que los medios de comunicación tienden a alterar el sentido para que la gente caiga en confusión, por lo que existe ahora una nueva tendencia a acuñar un nuevo término para las situaciones eutanásicas.

1.- La distanasia: es un concepto nuevo en oposición a la eutanasia, compuesta del prefijo dis que significa obstáculo y thanatos muerte, caracteriza la muerte dolorosa y la agonía prolongada. Gonzalo Higuera la define como la “ práctica que tiende a alejar lo más posible la muerte, prolongando la vida de un enfermo, de un anciano o de un moribundo, ya inútiles, desahuciados, sin esperanza humana de recuperación, y utilizando para ello no sólo los medios ordinarios, sin extraordinarios, muy costosos en sí mismos o en relación con la situación económica del enfermo y de su familia.¹⁶

Se trata esencialmente de alejar lo más posible, el momento de la muerte del enfermo desahuciado o terminal, un aspecto de la distanasia lo constituye lo que se llama encarnizamiento terapéutico, donde el enfermo es entubado y conectado a una máquina, donde se reduce a un objeto de experimentación, el hecho de luchar hasta el final ocasiona en el moribundo un deshumanizado aislamiento; la única manera para frenar la distanasia es sopesar la mayor o menor probabilidad de recuperación que surgiría de los procesos terapéuticos generales o de reanimación, otro elemento importante sería la esperanza de vida humana y su duración, en relación con el dolor y costo del tratamiento. Este término corresponde a la eutanasia pasiva e indirecta de la división clásica.

2.- La adistanasia: posee la misma raíz que distanasia, pero con la “ a ” privativa, es decir el no poner obstáculos a la muerte, y que consiste en dejar de proporcionar al enfermo los medios que sólo conducen a retrasar la inminente muerte, por lo tanto es el respeto natural del morir, al querer prolongar la vida se prolonga la desdicha. El Bill of Rights americano (carta de los derecho e los enfermos en hospitales) defiende la adistanasia como el derecho

¹⁶ HORTELANO, A. Problemas actuales de Moral II: La violencia, el amor y la sexualidad. Ed. Sígueme, Salamanca, 1980, p.194.

del enfermo a no prolongar irracionalmente su vida, al igual propugnan este derecho el proyecto francés Caillavet y la ley del estado de California. Este término equivale a lo que tradicionalmente la división clásica llamaba eutanasia pasiva o negativa.

3.- La ortotanasia: un nuevo neologismo es esta palabra que significa “ la justa muerte ”. Gonzalo Higuera la define como aquella postura que “ tiende a conocer y respetar el momento natural de la muerte de cada hombre y sus concretas circunstancias, sin querer adelantarlo para no incidir en la eutanasia reprobable, ni tampoco prolongar artificialmente cualquier tipo de vida con medios improporcionados, para no caer en el extremo opuesto de una distanasia, también reprobable; aunque siempre dejando actuar e intervenir la relativa libertad de conducta que permite y exige la racionalidad humana, frente a una pasividad meramente animal.¹⁷

Juan José Bustamante en su estudio sobre la Eutanasia presenta la siguiente clasificación:

- a) Eutanasia Súbita.- Muerte repentina
- b) Eutanasia Natural.- Epílogo de la enfermedad o de la decrepitud y que viene como consecuencia del debilitamiento físico del individuo que agota sus funciones vitales.
- c) Eutanasia Teológica.- Muerte en estado de gracia o libre pecado.
- d) Eutanasia Estoica.- Se produce por la máxima exaltación de las virtudes de estoicismo, es decir, la serenidad, el predominio de la razón ante el dolor o el placer.
- e) Eutanasia Terapéutica.- Que se presenta con la autorización concedida a los cirujanos para ejercer su profesión.
- f) Eutanasia Eugénica.- Eliminación de todo ser degenerado, deforme o inútil.

¹⁷ HIGUERA, Gonzalo. Ortotanasia. Ed. Paulinas. Madrid. 1977 p. 635.

- g) Eutanasia Legal.- La que se autoriza por las leyes vigentes de un país.

2.- CLASIFICACIÓN DE LA EUTANASIA SEGÚN LA ÉPOCA HISTÓRICA.

1.- Ritualizada: la muerte es un acontecimiento que va más allá de su significado biológico, es un acontecimiento cultural, regulado y ritualizado por la sociedad, ya desde los tiempos antiguos Platón y Aristóteles admiten su práctica. Distintas culturas primitivas han tenido diversos medios de aplicarla como drogas, alcohol, derivados de opio, humo, incienso.

2.- Medicalizada: en el siglo XIX empiezan a hacerse importantes y arriesgadas cirugías que muchas veces fueron inútiles pero tuvieron gran importancia para el avance de la medicina legal, se habla de una eutanasia quirúrgica.

3.- Autónoma: ésta radica en que ahora está el derecho de cada uno a su muerte, se marca el protagonismo del propio enfermo y su capacidad de decisión sobre su destino final.

3.- ELEMENTOS DE LA EUTANASIA.

1.- Agente o sujeto activo: cualquier persona que procure la muerte al enfermo terminal, actuando por motivos de piedad o humanidad y bajo requerimiento de aquel (familiares, amigos, personal sanitario).

2.- Paciente o sujeto pasivo: enfermo con plena capacidad de obra que encontrándose en situación terminal y en perfecto conocimiento de su historia clínica y circunstancias, libre y voluntariamente solicita la muerte con el fin de aliviar sus insoportables dolores.

3.- Requerimiento: solicitud o manifestación expresa de voluntad dirigida a otra persona con el fin de producir determinados efectos.

4.- Conducta o acción eutanásica: provocar la muerte del enfermo terminal bajo el requerimiento de éste, el agente debe ser movido por impulsos de piedad, compasión o solidaridad.

5.- Historial del caso: naturaleza de la enfermedad, diagnóstico, intervención médica, pronóstico, sufrimiento, condición y probabilidades.

6.- Petición: libertad del paciente, declaración de la voluntad, pruebas, posibilidades, parientes.

4.- TIPIFICACIÓN JURÍDICA DE LA EUTANASIA EN DERECHO COMPARADO.

Para el jurista alemán Jost se podía hablar eutanasia cuando se procura la muerte al que la pide insistentemente; para otros como el jurista suizo Hauster sostienen que basta un consentimiento presunto. Algunos más, en cambio, nodal importancia al tipo de consentimiento siempre y cuando se de el motivo propiedad como fundamento de la acción, como el jurista alemán Engisch, que subraya la importancia de la naturaleza de los sufrimientos físicos y para Ferry y Binding-Hoche se deben incluir los sufrimientos morales.

Existen también diversidad de opiniones en relación al tipo de enfermedad, algunos autores restringen la aplicación de la eutanasia únicamente a los casos incurables inmortales y otros la extienden a los casos de deformidad grave y permanente. Entre los tratadistas mexicanos de derecho penal destaca Francisco Gonzáles de la Vega que señala: “ se reserva la denominación de eutanasia a aquellos crímenes caritativos en que una persona, ante los incesantes requerimientos de otra, víctima de incurable y cruento mal, la priva de la vida piadosamente para hacer cesar sus estériles sufrimientos ”.¹⁸

¹⁸ GONZÁLES DE LA VEGA, Francisco. Derecho penal mexicano, Los delitos. Ed. Porrúa, 17ª edición. México, 1981 p. 17.

Han sido diversas causas las que han operado a favor de prácticas tolerantes respecto a la eutanasia; podríamos enumerar algunas:

1) La aparición de sociedades más democráticas con la presencia de pensamientos plurales, tolerantes, complejos.

2) La dilución del fervor religioso en las sociedades contemporáneas occidentales.

3) La aparición de numerosos grupos ateos que, dentro de una lógica de exaltado individualismo, exigen el control sobre su cuerpo.

4) La expansión del materialismo económico que hace ver la vida como una relación costo beneficio.

5) Los altos costos causados por la industria de la salud.

6) La inversión en la pirámide de edades provocada por el incremento de viejos.

7) La existencia, cada vez mayor, de discapacitados.

8) El surgimiento de enfermedades crónico degenerativas incapacitantes como son la demencia senil, el síndrome de Alzheimer, la diabetes, el cáncer, las patologías cardiovasculares, enfermedades reumáticas y otras.

9) Los avances científico técnicos en medicina que llegan a los extremos de prolongar la agonía poniéndole dificultades al morir –distanasia- y que son causantes de elevados costos en la atención del enfermo.

10) La deshumanización médica.

5.- CONSIDERACIONES GENERALES EN CUANTO A LA MORAL, LA ÉTICA Y EL DERECHO.

El problema de la eutanasia divide a los juristas, principalmente debido a las diversas concepciones filosóficas y principios éticos, debe existir un respeto a los diferentes puntos de vista que se dan en una sociedad pluralista. El área legal está íntimamente relacionada con los valores y es la Ética, la ciencia de los valores, la que apela a la conciencia del deber, en cambio el campo jurídico posee bases legales más concretas que las exigencias éticas y ofrece una garantía de protección, que como todo sistemas se conforma de estructuras, en México el sistema jurídico se inspira en la religión y la moral porque ejerce influencia en los legisladores, misma que se extiende en la mayoría de los países interceptaron en la matriz cultural cristiana; en especial en cuestiones sobre la muerte y el morir, las religiones aportan una visión en los creyentes.

Los valores, las angustias, las aspiraciones y la práctica cultural de un pueblo están íntimamente relacionadas en el hecho de la muerte, es por ello que a todo lo largo y ancho del mundo, la respuesta del hombre ante lo que se siente impotente o no puede encontrar explicaciones es la religión como fuente de consuelo.

La conducta del individuo es valiosa para él porque actúa de acuerdo con su moral, pero no piensa que la moral individual no debe variar de la moral establecida en la colectividad, ya que ambos tienen un mismo origen que es establecido por el Derecho y todo esto con el transcurrir del tiempo se va tomando una obligación aunque nadie se la imponga en ningún momento de su vida, esto sólo va a depender de él, mientras tenga razón para hacerlo, de lo contrario necesitaría en otras circunstancias la ayuda de otro individuo, como es el caso de la Eutanasia.

La Eutanasia podría centrarse en la moral individual, la moral es el estudio de las normas que rigen la conducta humana; la eutanasia proviene de una actividad humana, la cual con el paso del tiempo se va transformando y cuando en algunos casos se ha considerado como incorrecta, en determinados lugares, con este tipo de pensamiento la determinan como

una conducta moral la cual no hay que juzgar tan severamente, viéndolo desde ese punto de vista nos daremos cuenta de que en un futuro seguirá pasando lo mismo aunque la moral no cambie y el individuo siga con sus mismas ideas, esto no tendrá ningún remedio se sigue teniendo culpa alguna.

6.- DIVERSAS CONCEPCIONES ÉTICAS Y LA LEY.

Existen puntos de vista divergentes en el campo de la ética, pero el legislador debe actuar conforme a su conciencia y estar dispuesto a cambiar de opinión si existe una posición contraria más razonable o más apta en la búsqueda del bien común, nadie puede saber cual es la mejor ley, porque lo que es bueno para unos o eficaz, no lo es así para otros, es por eso que el proceso de elaboración de una ley es sumamente complicado.

La mejor solución es atender al valor del hecho concreto que se trata de legislar y debe también atenderse a los aspectos sociales, económicos y psicológicos de las consecuencias que la ley acarrearía sobre estos aspectos, pero sobre todo deben tenerse especial cuidado en la coherencia de la ley con los valores fundamentales que rigen la convivencia humana, la ética y el derecho tienen muy diferentes implicaciones, ya que no todo lo que es inmoral puede ser legalmente prohibido.

La moral dogmática y autoritaria que no admite dudas ni análisis, establece que todo se hace por voluntad de Dios, creen que todo el mundo es suyo y que a todos los seres humanos pueden aplicar su rigidez mental y afirman:

“Cualquier legislación que trate de justificar o despenalizar la eutanasia sería contraria al deber primordial de todo Estado de Derecho, que es el de la protección oficial del derecho la vida, ya sea en su etapa germinal o final. La eutanasia es una forma de homicidio, da lo mismo que se cometa con unos u otros procedimientos. La eutanasia es un crimen incluso si se consigue una legislación que la autorice ”

Este modo de pensar forma parte de las ideologías que dejan en nuestras vidas una profunda huella de estructuras rígidas que no permiten razonar cada circunstancias en particular, ayudar a morir a una persona es la prueba más dura por la que tiene que pasar la conciencia individual del ser humano.

7.- DIFERENTES CONTEXTOS ÉTICOS.

Existen dos principales contextos éticos en estos días que son la ética de la santidad de la vida y la ética de la calidad de la vida. La primera enfatiza lo sagrado intocable de la vida humana de cualquier individuo y en cualquier circunstancia, por ejemplo generalmente sólo se justifica matar a alguien en legítima defensa, antiguamente se justificaba la guerra justa, el tiranicidio, la pena capital y hoy son por lo general rechazados; mientras que la segunda enfatiza el tipo de vida, lo importante es la significación que cada uno de nosotros llegamos a la vida y a consecuencia de ello las circunstancias y el sentido pueden justificar la terminación de la misma, sin embargo ambas corrientes no se excluyen una a otra totalmente.

La ética de la santidad de la vida considera siempre legítima la práctica de la eutanasia activa y directa, en cambio la ética de la calidad de la vida la admite en algunos casos. Ambos contextos tienen postulados básicos, en la ética clásica se impone la aceptación y el respeto de los valores, se hace un énfasis en la obligación moral, el fin no justifica los medios, así quien no se justifica el matar aunque sea por misericordia. La ética moderna que últimamente se ha desarrollado mucho afirma que todo depende de la finalidad de la acción pide la situación, existe la descalificación de los valores, es decir propone las bases para justificar la eutanasia.

Existen también ciertas teorías como la teleológica que atiende preponderantemente al fin, la valoración moral reside en las consecuencias de la acción por lo que también se conoce con el nombre de consecuencialista. Y en oposición a ella se encuentra la teoría deontológico que se basa en la norma, mandamiento, obligación líderes, aquí la vida es el bien y el valor fundamental, base de valores como la libertad y la personalidad, es un bien indisponible e inviolable, por lo que no hay cabida a la aplicación de la eutanasia, esta teorías valora la

dignidad de la persona humana que es otro punto medular en torno al eutanasia como un elemento dado al hombre previamente basado en la naturaleza y que por lo tanto da la propiedad de ser inalienable e indispensable.

En cambio para la teoría teleológica, dicha dignidad es un hecho, una necesidad para satisfacer en la que puede sacrificarse la propia vida para lograrlo. Otro aspecto de ontológico en contra del eutanasia es el poder que tiene Dios sobre la vida humana, aquí la vida no es propiedad del hombre, sino que se le dio sólo para administrarla, por lo tanto la muerte es también dominio absoluto de Dios, y lo único que este hace es otorgar autonomía al hombre para que intervenga racionalmente en el proceso de vivir y de morir.

Existe también una posición media que reconoce la inviolabilidad de la vida, pero debido a casos excepcionales da las consecuencias un gran peso que justifica no sólo que la vida sea ofrecida o arriesgada por valores más altos, sino también suprimida, aquí la integridad identidad personal son considerados valores superiores a la vida.

Desde el punto de vista de la ética liberal --porque hay que recordar que, de acuerdo con la fundamentación escolástica, el ser humano no es dueño de su vida, sino que la recibe de fuera, es exterior, desde Dios--, es un derecho de todo ser humano elegir libremente. Por lo tanto, siempre hay que señalar desde dónde estamos fundamentando la ética. Además, el propósito central de la medicina es evitar la muerte, preservar la vida. En la deontología fundacional de la medicina científico técnica, el Código Hipocrático, se ordena: "Y no daré ninguna droga letal a nadie, aunque me la pida, ni sugeriré un tal uso, y, del mismo modo, tampoco a ninguna mujer daré pesario abortivo, sino que, a lo largo de mi vida, ejerceré mi arte pura y santamente."

En Francia, un informe del Comité de Ética de las Ciencias y de la Salud Francesa (CCNE), publicado en marzo, ha abierto una puerta a la despenalización de la eutanasia al recomendar la creación de una nueva figura legal, la eutanasia de excepción, para casos raros y excepcionales. En Francia se practican anualmente alrededor de 2,000 eutanasias clandestinas.

Como dice el doctor Alejandro Herrera, el médico que recibe una solicitud de eutanasia debe respetar el principio de autonomía en relación a su paciente, cuando el ejercicio del derecho a una muerte digna no conlleva daños a terceros. En resumen, la eutanasia es un problema más ético que legal, porque el derecho considera que los problemas ético-sociales se resuelven mejor con medidas sociales, sin necesidad de recurrir a las leyes, y espera que la sociedad haga previamente un estudio acerca del mismo, para analizar la conveniencia o no de su legislación.

Cuando el derecho esté convencido de que los principios y prácticas que parece querer la sociedad son más benéficos si están protegidos legalmente, podrá dar paso a la introducción de modificaciones en la legislación. 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, calificado o atenuado-, y como auxilio ejecutivo al suicidio o considerado al amparo del perdón judicial.

Consideramos que junto al derecho a la vida debería establecerse el derecho a la muerte, no para estar a favor de continuos homicidios o suicidios, sino únicamente para otorgar la libertad al enfermo terminal de tener el derecho de negarse a ser coaccionado para seguir viviendo y prolongar una agonía interminable. Creo que actualmente estas reflexiones son un punto importante de interés, ya que a pesar de ser reprochadas por cuestiones de carácter ético-religioso, constituyen un problema latente en nuestra sociedad; y se trata de una cuestión que cada vez se difunde más.

8.- LAS RELIGIONES Y LA EUTANASIA

Haremos un panorama general respecto de nuestro tema de estudio y su relación con las religiones, sin embargo haremos mayor énfasis en la religión católica por ser la de mayor influencia en México.

El judaísmo es importante debido a que ha influido profundamente en las instituciones legislativas de la cultura occidental, de una manera igual o mayor que el derecho romano. La ley judía se centra en obligaciones religiosas, morales y legales por lo que hablar del derecho morir está fuera de sitio en las diversas corrientes (ortodoxas, conservadoras y liberales); existen textos muy antiguos que rechazan expresamente la eutanasia. Pero en el código judío de 1927 establece la prohibición de acelerar la muerte mencionando que aunque la agonía se prolongue y cause aflicción del paciente o de sus familiares se prohíbe acelerar la muerte.

Actualmente los judíos aceptan la eutanasia pasiva y el suicidio como un pecado más grave que el asesinato, la eutanasia activa está prohibido. La ley judía valora la mitigación de los sufrimientos del enfermo antes de morir, lo que no permite es reducir el dolor y la miseria y provocar la muerte, la vida humana para ellos tiene un valor infinito indivisible, las probabilidades mínimas de recobrar la salud tienen infinito valor. La aceleración activa de la muerte, para muchos judíos ortodoxos, es un simple asesinato.

Los anglicanos y epicopistas no se oponen a la eutanasia activa siempre y cuando ésta pueda justificarse. Los hindúes y los sijs también confían en la elección y la conciencia personales, mientras que los budistas ortodoxos condenan la eutanasia pasiva pero no la activa.

Los luteranos están a favor del eutanasia pasiva y condenan la activa, el homicidio piadoso es un pecado y un crimen porque para ellos sólo Dios puede privar de la vida.

Desde 1952, el Papa Pío XII condenaba las medidas terapéuticas “que degradan al hombre a la condición de un ser sensorial o autómatas vivientes”.

El Vaticano dictó una Declaración sobre la Eutanasia en el año de 1980 que se dirige a todos los cristianos, para los cuales tanto la vida como la muerte tienen un sentido trascendente, en segundo lugar a los que profesan otras religiones y creen en un Dios creador y Señor de la Vida, esperando encontrar la aceptación de todos los hombres de buena voluntad que tengan viva conciencia de los derechos de la persona humana:

1.- Nadie puede atentar contra la vida de una persona inocente sin oponerse al amor de Dios por esa persona, sin violar un derecho fundamental y, por tanto, sin cometer un crimen de la mayor gravedad.

2.- Todo ser humano tiene el deber de vivir de acuerdo con los designios de Dios. La vida se le confía al individuo como un bien que ha de dar frutos aquí la tierra, pero que alcanzará la perfección únicamente en la vida eterna.

3.- Causar intencionalmente la propia muerte, o suicidarse, es por tanto una acción comparable al asesinato, y se considerará como un rechazo a la soberanía y el amor de Dios; con frecuencia, el suicidio supone también el desprecio asimismo, la negación del instinto natural por la vida, y el incumplimiento de los deberes de justicia y caridad para con el prójimo, las distintas comunidades o la sociedad en general, aunque, tal como se ha reconocido, a veces existen factores psicológicos que disminuyen, o incluso suprimen por completo, la responsabilidad.

El primer apartado concibe la vida humana como fundamento de todos los bienes y fuente y condición necesaria de toda actividad humana; el segundo define a la eutanasia como una violación de la ley divina, un crimen contra la vida del atentado contra la humanidad, señalando que ninguna motivación legítima dichas acción; el tercero trata sobre el sentido de sufrimiento, aconsejando el uso de medicinas que alivien o suprimen el dolor, aunque como efecto secundario reduzcan la lucidez del paciente o acorten la vida; y, el cuarto aclara que el derecho morir no es el derecho a procurarse la muerte por sí o por otras personas, a voluntad, sino el derecho morir pacífica indignamente.

La doctrina de la Iglesia sobre la eutanasia queda expuesta en forma de decálogo:

1. Jamás es lícito matar a un paciente, ni siquiera para no verle sufrir o no hacerle sufrir, aunque él lo pidiera expresamente. Ni el paciente, ni los médicos, ni el personal sanitario, ni los familiares tienen la facultad de decidir o provocar la muerte de una persona.

2. No es lícita la acción que por su naturaleza provoca directa o intencionalmente la muerte del paciente.

3. No es lícito omitir una prestación debida a un paciente, sin la cual va irremisiblemente a la muerte; por ejemplo, los cuidados vitales (alimentación por tubo y remedios terapéuticos normales) debidas a todo paciente, aunque sufra un mal incurable o esté en fase terminal o aun en coma irreversible.

4. Es lícito rehusar o renunciar a cuidados y tratamientos posibles y disponibles, cuando se sabe que resultan eficaces, aunque sea sólo parcialmente. En concreto, no se ha de omitir el tratamiento a enfermos en coma si existe alguna posibilidad de recuperación, aunque se puede interrumpir cuando se haya constatado su total ineficacia. En todo caso, siempre se han de mantener las medidas de sostenimiento.

5. No existe la obligación de someter al paciente terminal a nuevas operaciones quirúrgicas, cuando no se tiene la fundada esperanza de hacerle más llevadera su vida.

6.- Es lícito suministrar narcóticos y analgésicos que alivien el dolor, aunque atenúen la conciencia y provoquen de modo secundario un acortamiento de la vida del paciente; siempre que el fin de la acción sea calmar el dolor y no provocar subrepticamente un acortamiento sustancial de la vida; en este caso, la moralidad de la acción depende de la intención con que se haga y de que exista una debida proporción entre lo que se logra (la disminución del dolor) y el efecto negativo para la salud.

7. Es lícito dejar de aplicar tratamientos desproporcionados a un paciente en coma irreversible cuando haya perdido toda actividad cerebral. Pero no lo es cuando el cerebro del paciente conserva ciertas funciones vitales, si esa omisión provocase la muerte inmediata.

8. Las personas minusválidas o con malformaciones tienen los mismos derechos que las demás personas, concretamente en lo que se refiere a la recepción de tratamientos terapéuticos. En la fase prenatal y postnatal se les han de proporcionar las mismas curas que a los fetos y niños sin ninguna minusvalía.

9. El Estado no puede atribuirse el derecho a legalizar la eutanasia, pues la vida del inocente es un bien que supera el poder de disposición tanto del individuo como del Estado.

10. La eutanasia es un crimen contra la vida humana y contra la ley divina, del que se hacen co-responsables todos los que intervienen en la decisión y ejecución del acto homicida.

Muchas de las Iglesias consideran que sólo Dios es el único que puede quitar la vida, el ser humano no es quien para determinar cuando se debe morir, la muerte tiene que venir de una forma natural y así se cumple la voluntad sagrada de Dios.

9.- MORIR CON DIGNIDAD.

La dignidad: significa excelencia, un ser que destaca sobre los demás seres del mundo por el valor que le es propio. Digno es todo aquello que debe ser tratado con respeto por su valor intrínseco. La dignidad humana es el valor primordial del ser. El ser humano lleva pegados los valores de libertad y de dignidad lo cual va más allá de la dimensión puramente biológica y no puede ser manejado por las ciencias experimentales. El hombre se apropia de la esencia de las cosas y luego se retira a reflexionar para reacomodar su propio yo y dirigirlo a sus metas, formando una riqueza personal que a nadie se le puede arrebatar.

El hombre es el único ser que puede ser libre, en toda la extensión de la palabra. El hombre no adquiere la dignidad, nace con ella, es inherente al ser humano y la dignidad es el

núcleo sobre el que se construyen los derechos humanos. La libertad es un derecho, la dignidad otro más. La dignidad humana es el motivo para darle validez a la ciencia, la tecnología y el derecho porque construyen desde el ser y no desde el tener. Por dignidad se entiende la gravedad y decoro de las personas en la manera de comportarse. Morir dignamente es la manera como el hombre sin importar edad, sexo, raza, condición social y facultades mentales debe morir con gravedad y decoro, debido a que es un derecho natural de cualquier ser humano por tratarse de algo propio e intransferible.

Con el paso del tiempo, con los adelantos de la ciencia, la cultura, la tecnología, se han ampliado las perspectiva de vivir y la vida misma ofrece más atractivos para querer disfrutarla, pero el hombre a la par que quiere vivir mejor, asume que tiene un derecho a morir mejor. Este justo deseo ha venido cogiendo fuerza en los últimos años, se trata de nuestra propia vida y de nuestra propia muerte.

El hombre reclama el derecho de que su última hora se acomode al valor ético que las leyes morales le han asignado como individuo de la especie. La dignidad se identifica con la grandeza en la manera de comportarse, es una cualidad de los seres humanos, actuar dignamente supone hacerlo de manera en la que no se sienta vergüenza , sino orgullo.

Se trata de respetar la muerte como se respeta la vida, ayudar al paciente a bien morir ya que no se le pudo ayudar a bien vivir, de permitirle vivir su muerte o morir su muerte y no de conducirla..

Consideramos que todo derecho y libertad suponen la dignidad humana, que en definitiva es la esencia propia del hombre, es decir, aquello que lo hace ser un fin por sí mismo y no un medio. Por lo tanto, se debe tener en cuenta ciertos niveles de "calidad" que hagan más humana la propia existencia.

En los Estados Unidos, en el estado de Oregon, en 1994, se aprobó la ley Muerte con Dignidad que no entró en vigor debido a las protestas sociales.

Aquel que sabe que va a morir está lleno de temores: al dolor, que en ocasiones llega a ser intolerable; a la pérdida de la razón que es lo máspreciado para el ser humano; al sufrimiento, que transforma la personalidad; a la indignidad, al volverse dependiente de los demás; a la separación y el abandono en que se sume quien va a morir; a la pérdida de respeto por la sociedad y la peste que en ocasiones invade a algunos dolientes; al miedo que se convierte en una montaña de turbación donde toda confianza se pierde.

A los enfermos no se les puede seguir arrebatando su derecho a vivir o a morir con dignidad por personas que por ignorancia, ideologización excesiva o con fines de lucro pueden deformar el ejercicio de una profesión. El pensamiento actual posee, en el terreno ético, muchas debilidades.

Existen asociaciones que promueven la eutanasia defendiendo el derecho de los enfermos terminales a morir pacíficamente y sin sufrimientos, si así es su deseo llegado el momento. La mayoría de ellas tienen dos grandes fundamentos que dice que todo ser humano es el único dueño de su vida y que el valor de la vida humana reside en su calidad.

Todas las asociaciones coinciden...

- Afirmar que el hecho de la muerte es puramente personal, en el que el propio afectado tiene la última palabra.
- Optan por el concepto de calidad de vida.
- Destacan la importancia del testamento vital.

- Se oponen al encamizamiento terapéutico, defienden la auténtica eutanasia.
- La admisión de la eutanasia se aplica sólo a pacientes próximos a la muerte que así lo solicitan de una manera continua, libre y responsable.

Las actividades que realizan son: Apoyar investigaciones relacionadas con la muerte y la libertad del hombre para elegir racionalmente su destino personal; promover un clima de opinión pública favorable y tolerante con los objetivos de la Asociación, actuando legalmente y con el máximo respeto hacia opiniones discrepantes; buscar el reconocimiento legal y social de los derechos de la persona; y, defender especialmente los derechos del enfermo.

La Federación Mundial de Asociaciones pro Derecho a Morir consta actualmente de 37 organizaciones miembro provenientes de 22 países. La Federación fue fundada en 1980 en Oxford, Inglaterra, con motivo del Tercer Congreso Internacional de Asociaciones pro Muerte Digna estatales. La primera reunión tuvo lugar en 1976 en Tokio tras la constitución de lo que hoy es la Asociación pro Muerte Digna de Japón.

La Federación defiende que los individuos deben tener derecho a tomar sus propias decisiones sobre la forma y el momento adecuado de su propia muerte. Cada una de las asociaciones miembro trabaja a su modo para garantizar este derecho. La creencia en la libre elección se extiende a todas las asociaciones miembro. Como Federación de 37 organizaciones pro derecho a una muerte digna, apoyan a cada una de las asociaciones federadas en su trabajo para alcanzar sus propios objetivos, los objetivos y el trabajo de las asociaciones miembro dependen de las leyes existentes en sus países y de cómo ellas mismas definen las necesidades de los individuos. Algunos trabajan para promover leyes sobre testamentos vitales u otras directrices médicas anticipadas, mientras que otras asociaciones se centran en obtener el derecho legal a la ayuda médica en el momento de la muerte, ya sea por suicidio médicamente asistido o eutanasia voluntaria.

La Federación Mundial de Asociaciones pro Derecho a Morir

- Proporciona información sobre muerte asistida, eutanasia voluntaria, testamento vital y otros temas relativos a la muerte digna u otras materias de interés relacionadas.
- Promueve la cooperación y las relaciones entre las asociaciones miembros y con otras organizaciones.
- Facilita la celebración de conferencias sobre temas relacionados con la muerte y el morir, el derecho a morir dignamente y los cuidados del moribundo.
- Proporciona asistencia a grupos e individuos interesados en establecer asociaciones pro muerte digna en países donde no existen actualmente.
- Responde a peticiones de información sobre temas relacionados con el derecho a la muerte digna realizados por grupos, estudiosos o personas individuales.
- Se reúne cada dos años en un Congreso Internacional organizado por una de las asociaciones miembro.

Algunas de las asociaciones miembro que la conforman son:

1.- Australia: Voluntary Euthanasia Society of New South Wales; Northern Territory Voluntary Euthanasia Society; Voluntary Euthanasia Society of Queensland; South Australian Voluntary Euthanasia Society; Voluntary Euthanasia Society of Tasmania; Voluntary Euthanasia Society of Victoria; West Australia Voluntary Euthanasia Society.

2.- Bélgica: Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité; Recht op Waardig Sterven.

3.- Gran Bretaña: Voluntary Euthanasia Society of England & Wales.

4.- Canadá: Dying with Dignity; Goodbye; Surrey/White Rock Choice in Dying Society.

5.- Colombia: Fundación Pro Derecho a morir dignamente.

6.- Finlandia: -EXITUS; Pro Gratia Humana

- 7.-Francia: Association pour le Droit de Mourir dans la Dignite (ADMD)
- 8.- Alemania:Deutsche Gesellschaft fur Humanes Sterben eV (DGHS)
- 9.- India: The Society for the Right to Die with Dignity
- 10.- Israel: Lilac: Israel Society for the Right to Live and Die with Dignity
- 11.- Italia: EXIT - Italia
- 12.- Japón: Japan Society for Dying With Dignity
- 13.- Luxemburgo: Association pour le Droit de Mourir dans la Dignite
- 14.- Holanda: Nederlandse Vereniging voor Vrijwillige Euthanasie
- 15.- Nueva Zelanda: Voluntary Euthanasia Society; Voluntary Euthanasia Society (Aukland).
- 16.- Noruega: Landsforeningen Mitt Livestement
- 17.- España: Derecho a Morir Dignamente (DMD)
- 18.- Suecia: Ratten Till Var Dod (RTVD)
- 19.- Suiza: EXIT; EXIT Association pour le Droit de Mourir dans la Dignite (Suisse Romande).
- 20.- Estados Unidos de Norteamérica: Compassion in Dying Federation; Euthanasia Research & Guidance Organization (ERGO!); Hemlock Society of Florida; Hemlock Society of USA.
- 21.- Zimbabwe: Final Exit

10.- PUBLICACIONES RECIENTES.

En 1974 un grupo de personalidades de la ciencia y la cultura, publicaron en la revista *The Humanist* un manifiesto a favor de la eutanasia, en el que manifestaron que es inmoral tolerar el sufrimiento por lo que es necesario proporcionar el medio de morir dulcemente; es cruel y bárbaro exigir que se mantenga viva una persona en contra de su voluntad y que se le

niegue la anhelada liberación. El sufrimiento inútil es un mal que debería evitarse en las sociedades civilizadas, el desarrollo de la conciencia moral en la sociedad debiera bastar para que se permita la elaboración de una regla de conducta humanitaria en relación a la muerte; apelaron a la opinión pública a fin de que superen los tabúes tradicionales y tengan compasión de los sufrimientos inútiles que se presentan en el momento de la muerte, cualquier individuo tienen el derecho de morir con dignidad.

11.- CONSIDERACIONES RELIGIOSAS SOBRE LA EUTANASIA.

Representantes de diversas iglesias consideraron que el dolor no justifica la eutanasia “ porque es controlable ”, y se manifestaron en contra del llamado suicidio asistido, porque si los pacientes terminales reciben adecuada asistencia humana y espiritual pueden obtener alivio y consuelo.

En la mesa redonda Aspectos Religiosos de la Eutanasia, se sostuvo que el dolor de los pacientes, sobre el cual se debe fundamentar “ una especie ” de justificación o “ casi obligatoriedad ” de la eutanasia, así como del suicidio asistido, “ es curable con los medios adecuados de la analgesia y los cuidados paliativos ”.

Se dice que más que acabar absolutamente con el suplicio de las personas enfermas, se puede obtener un amplio control, y si a los pacientes terminales se les presta asistencia humana y espiritual adecuadas, pueden recibir alivio y consuelo. Es obvio que aquel que se siente abandonado y rechazado pida morir a cómo dé lugar.

La Iglesia católica, sigue atentamente el debate sobre la eutanasia, y reconoce en ésta una de las expresiones del debilitamiento espiritual y moral respecto de la dignidad de la

persona moribunda, así como un criterio de desinterés frente a las verdaderas necesidades del paciente.

Por parte de la Iglesia Ortodoxa de Antioquia en México, se manifiesta en contra de la eutanasia como medio para provocar de manera intencional el deceso de un ser humano, y que sólo Dios puede disponer de la vida. El sufrimiento es una ley de la que nadie escapa, y lo que la Iglesia pretende es enseñar a hacer del amor una forma de vivir bajo cualquier circunstancia.

El Seminario Teológico Presbiteriano de México, A.C., informa que oficialmente no existen en el medio evangélico en general decisiones eclesiales con respecto a la eutanasia.

Los presbiterianos se pronuncian por respetar la vida y luchar al máximo por el paciente; mientras que la comunidad judía sefardita, considera que según las leyes del pueblo de Israel siempre el camino a escoger es el de la vida, por encima de cualquier obstáculo.

En México, la eutanasia es una práctica de los pacientes de escasos recursos. La pobreza, que impide proporcionar un tratamiento adecuado a familiares con enfermedades terminales, lleva a solicitar el alta voluntaria para llevarse al enfermo a morir en su domicilio, para que así tenga una muerte digna.

CAPÍTULO III

ASPECTOS JURÍDICOS.

1.- CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE LA TIPICIDAD DE LA EUTANASIA.

A pesar de que en capítulos anteriores en el tema de la eutanasia hemos aludido a los aspectos jurídicos, consideramos que para nuestro estudio debemos hacer un análisis más detallado.

Lo equivocado de los conceptos que tratamos de esclarecer en capítulos anteriores, es objeto de preocupación para los juristas, ya que no es lo mismo dejar morir renunciando al uso de posibles medios para prolongar la vida, que interrumpir el tratamiento ya empezado, o ya no tratar una enfermedad emergente, o proporcionar al enfermo una inyección letal. Si lo traducimos a derecho penal, vemos que el delito es una acción u omisión según el artículo 7º del Código penal para el Distrito Federal.

Sin embargo hay omisiones criminales y omisiones juiciosas o prudentes, o al menos acciones no obligatorias. En la inducción y ayuda al suicidio la omisión no es penada aunque podría existir la falta moral. Recordemos que son cuatro los elementos jurídicos de la omisión como lo señala Porte Petit: voluntad en la omisión (quererla de modo claro y determinado), inactividad o no hacer, deber jurídico de obrar y resultado típico (realización del delito).¹⁹

2.- CONSIDERACIONES EN CUANTO A LA INTENCIÓN DEL QUE AYUDA A MORIR.

No es lo mismo tampoco se tratar de aliviar el dolor sin intención de matar, aunque no se pueda eliminar el riesgo de, como efecto secundario, acelerar la muerte , o matar por

¹⁹ PORTE PETIT, Apuntamientos de la parte general de derecho penal. Ed. Jurídica Mexicana. México, 1969 p. 307.

compasión, ya que se cree que no se puede eliminar el dolor de otro modo, o, matar para eliminar una vida que se cree sin valor, por criterios económicos (utilitarismo) de la sociedad o de los herederos en potencia.

En el primer caso que se trata de una eutanasia indirecta o le llamamos ortotanasia al no existir la intención de matar no se da dolo y por lo tanto, no es un delito en sentido estricto; en el segundo caso el móvil de piedad no excusa la culpabilidad del delito, pero si pudiera atenuar la penalización (algunas legislaciones no consideran el móvil de las acciones), en México si se toma en consideración, al menos para suspensión condicional de la pena. Y, en el último caso se pretende la supresión de los ancianos, enfermos mentales y en general de las “ vidas sin valor ”. Los motivos son de tipo económico y utilitario, faltan los elementos objetivos y psicológicos subjetivos que caracterizan la eutanasia, sin embargo los que se encuentran en contra de la aplicación de la eutanasia mencionan que la depreciación de la vida humana puede llevar a los gobiernos a tratar a personas como cosas o como animales.

3.- CONSIDERACIÓN EN CUANTO A LA VOLUNTARIEDAD DEL SUJETO PASIVO.

Para el derecho tienen relevancia las diferencias en la voluntariedad, es decir:

- El deseo serio de morir o ser matado, en este caso debemos distinguir el consentimiento y la petición reiterada, en nuestro derecho ninguna justifica el matar.
- La aceptación sin resistencia de o que parece inevitable, en este caso ni siquiera se llega al consentimiento.
- La eliminación de la vida sin el consentimiento de la víctima, en este caso se actúa con arbitrariedad y faltaría un elemento importante que configura la eutanasia.

- El matar a un paciente en contra de su voluntad, en este caso se actúa con un mayor grado de violencia, quizá se podría hablar de perfidia y así convertir el homicidio en calificado según el artículo 138 del Nuevo Código Penal para el Distrito Federal.

Cabe considerar también los potenciales agentes de la eutanasia (el médico, el personal sanitario, los parientes). A los dos primeros, además de las sanciones fijadas para los delitos, se les puede aplicar la suspensión de un mes a dos años en el ejercicio de su profesión o definitiva en caso de reiteración según el artículo 322 del Nuevo Código Penal para el Distrito Federal. En el tercer caso se puede aplicar el artículo 323 del mismo código que establece en cuanto al homicidio en razón del parentesco o relación "...Al que prive de la vida a su ascendiente o descendiente consanguíneo en línea recta, hermano, adoptante o adoptado, cónyuge, concubina o concubinario, u otra relación de pareja permanente, con conocimiento de esa relación se le impondrá prisión de diez a treinta años y pérdida de los derechos que tenga con respecto a la víctima, incluidos los de carácter sucesorio. Si faltare el conocimiento de la relación, se estará a la punibilidad prevista para el homicidio simple. Si en la comisión de este delito concurre alguna circunstancia agravante de las previstas en el artículo 138 de este Código, se impondrán las penas del homicidio calificado. Si concurre alguna atenuante se impondrán las penas que correspondan según la modalidad.

Entrarían finalmente otras circunstancias en relación al enfermo: edad, situación en la familia, grado de la enfermedad, etc. aunque estas circunstancias son irrelevantes para los legisladores y no así para los jueces o tribunales que tienen que atender a todas las particularidades del caso. Para la ley el que alguien esté casi muerto no es un criterio de permisividad, mientras haya vida es un delito destruirla.

Podemos afirmar que no existe el problema de la eutanasia, sino que existen muchos problemas por lo que tampoco existe una solución, sino que deben darse diversas soluciones atendiendo a la situación de cada caso, sin embargo se pueden trazar principios firmes de los que debe partir el derecho penal.

4.- ESTUDIO DE LAS RAZONES JURÍDICAS EN TORNO A LA EUTANASIA.

Son sobre todo cuatro las consideraciones jurídicas que deben examinarse ante el fenómeno eutanásico. Las dos primeras surgen del análisis del hecho mismo: el motivo de piedad por parte del sujeto activo, y el consentimiento por parte del sujeto pasivo. Las otras dos fluyen de la consideración de dos valores básicos que debe preservar y defender el derecho: la justicia y la libertad, que como defensores de la eutanasia debemos invocar.

4.1 EL MOTIVO DE PIEDAD.

En todo acto humano es de gran importancia el motivo, intención o finalidad del acto; el móvil de piedad es el elemento tipificante de la eutanasia, pues aunque faltare el consentimiento de la víctima, si se da el motivo de piedad en el sujeto activo, se configuraría el delito eutanásico.

El derecho, en algunos casos, de alguna manera toma en cuenta la intención, como lo hace en la legítima defensa, y en otros en que la intencionalidad puede más o menos fácilmente deducirse; sin embargo, el motivo es preterido en diversas áreas de del derecho penal, y, en concreto, en muchos códigos, en el homicidio piadoso, aunque en ocasiones provoca ciertas contradicciones en países como Estados Unidos.

En el homicidio por piedad, la situación es muy diversa al homicidio, ya que se llega a dicha decisión después de un doloroso conflicto de valores, no hay malicia implícita; sin embargo la Suprema Corte de California declaró que quien realiza la eutanasia cree no hacer ningún daño a su víctima y que está moralmente justificado, pero no obstante actúa con malicia si es capaz de comprender que la sociedad prohíbe estos actos prescindiendo de lo que la persona piensa, es decir que hay una malicia “no maliciosa”, ya que no hay mala voluntad.

El conflicto de valores y la elección de un mal menor, indican que se trata objetivamente de un mal. En la práctica, los inculpatos por eutanasia o son absueltos o son castigados con penas leves, en el ámbito anglosajón.

Los motivos de piedad y solidaridad humana en el dolor, referentes al acto eutanásico no logran anular para la ciencia jurídica, el antivalor profundo del hecho, sino únicamente mitigar el juicio de reprobación del autor. El derecho debe proteger y defender la vida humana, como uno de los mayores bienes en cualquier circunstancia, sin embargo creemos que también es una injusticia el seguir soportando el dolor tanto físico como emocional.

Enfatizar sólo el móvil y prescindir del consentimiento del enfermo da a la eutanasia un sentido subjetivo por lo que su voluntad merece gran respeto.

4.2 EL CONSENTIMIENTO EN GENERAL.

El consentimiento es la voluntad que tiende a crear, transferir, conservar, modificar o extinguir, efectos de derecho, y es necesario que esas voluntades tengan una manifestación exterior; por lo tanto la aceptación que se realiza es una declaración unilateral de la voluntad, que puede ser expresa o tácita, hecha a una persona determinada presente o no presente, seria, lisa y llana, misma que expresa adhesión a la propuesta, es decir, se reduce a un sí.

Es una declaración unilateral de la voluntad porque es sólo una persona la que lo manifiesta, puede ser expresa mediante palabras, escritos o signos inequívocos o tácita cuando el aceptante realiza una serie de hechos o actos que se presupongan como aceptación. Hecha a una persona determinada, es decir al que le hizo la oferta y que este presente o no, ya que no necesita forzosa y necesariamente estar presente.

Debe ser seria, es decir tener la intención de que su declaración de voluntad produzca efectos de derecho que desee respetar y que quiera cumplir. Lisa y llana, deben aceptarse las

condiciones y los términos en que se realizó la oferta ya que implicará la adhesión a la propuesta.

4.3 EL CONSENTIMIENTO EN ALGUNAS LEGISLACIONES.

El consentimiento de la víctima sufrió muchas variantes en los proyectos del código penal en Alemania, el de 1913, 1925, 1927, 1930 y 1933 lo admitían en lo referente a las lesiones, sólo se juzgaba antijurídica la lesión corporal con consentimiento, si se atentaba contra las buenas costumbres; en cambio lo ignoraban los proyectos de 1909, 1919 y 1929.

En Italia, el código de 1930 en su artículo 50 le daba cierta limitación: “no es punible el que lesiona o pone en peligro un derecho con el consentimiento de la persona que puede válidamente disponer de él”.

En Inglaterra, los tribunales aplicaban el consentimiento como causa de absolución siempre que se trate de daños privados de derechos alienables, pero si son inalienables no se aplica el principio, además, se exige que el consentimiento se de por una persona racional, cuerda, y que conozca la naturaleza del acto, y que no sea por influjo de la fuerza, fraude o amenazas.

El código Uruguayo ha legislado más ampliamente sobre el consentimiento, expresando que “no es punible la lesión causada por el consentimiento del paciente salvo que ella tuviera por objeto sustraerlo al cumplimiento de una ley o inferir un daño a otro”²⁰

En general los códigos Iberoamericanos no eximen de pena cuando se trata de delitos contra la vida o la integridad corporal.

²⁰ JIMÉNEZ DE ASÚA, Luis. Tratado de Derecho penal IV, El delito. Ed. Losada. Buenos Aires, 1942. p. 574

4.4 EL CONSENTIMIENTO Y LA EUTANASIA.

La mayoría de los códigos penales modernos consideran el homicidio con el consentimiento de la víctima y lo penalizan más levemente que el homicidio simple, cabe distinguir entre el consentimiento y la petición, ya que la petición es más que un simple consentimiento, incluso algunos códigos exigen una seria e insistente petición del paciente.

Este consentimiento justifica el acto eutanásico. Las diversas legislaciones han puesto una solución intermedia por considerar la petición como un atenuante importante; el acto del que ayuda al suicidio no se puede equiparar al del homicidio simple, el acto no es igualmente injusto, pues la víctima misma renunció a la protección de la ley, ni es igualmente punible pues el agente no tuvo la agresividad originante del homicidio ordinario, sino que sólo ayuda a la víctima.

En el derecho penal mexicano , específicamente el artículo 142 del Nuevo Código Penal para el Distrito Federal, se alude al consentimiento de la víctima no de forma explícita, sino en la modalidad de homicidio-suicidio: “ al que ayude a otro para que se prive de la vida, o se el agente prestare el auxilio hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte ”, la penalización es de prisión que va de cuatro a diez años. Nuestros tratadistas junto con la mayoría de los juristas aceptan el consentimiento como causa de justificación cuando se trata de bienes disponibles; cuando se trata de la vida humana (que no entra dentro de esta categoría) el consentimiento no impide la antijuridicidad de la acción , y sólo puede ser causa atenuante de la pena.

4.5 EUTANASIA, JUSTICIA Y LIBERTAD.

Hay tres casos reconocidos por el derecho, en que el matar es considerado justificado:

- a) matar en la guerra: aunque este caso es muy difícil porque nunca se sabe cuando es una guerra justa y cuando es injusta, es una actividad de interés público que tiende a proteger valores superiores a la vida o equivalente a ella.
- b) matar mediante pena de muerte: se aplica a los criminales que jamás deben confundirse con los enfermos terminales, además de que muchos estados la han ido eliminando de sus leyes.
- c) matar en legítima defensa: se justifica en ciertas circunstancias y en el fondo para proteger la vida misma.

Por lo que pensamos que la eutanasia es un modo de matar también justo. Dijimos que en el ámbito ético no está permitido matar por omisión, igualmente no lo está en el plano legal sólo que:

- 1.- la omisión es mucho más difícil de probar.
- 2.- se debe demostrar que es la causa inmediata y directa de la muerte.
- 3.- no es relevante para la ley la omisión si no existe una obligación clara de actuar.
- 4.- la ley no ha precisado suficientemente este deber.
- 5.- en el tratamiento de incompetentes es difícil señalar cuáles terapias serían obligatorias, las opcionales y las que no son aconsejables.
- 6.- No existe obligación de resucitar al paciente una y otra vez.

Es decir que el Derecho muy difícilmente puede prever y descender a todos los casos particulares, se debe señalar los criterios de juicios generales de lo que es correcto en la omisión y tratar de evitar los abusos.

Los penalistas alemanes afirman que los médicos deben tratar de salvar la vida del paciente a toda costa. Tanto los médicos como los juristas ven muy difícil reglamentar las limitaciones del deber de ayudar, aquí entra la diferencia entre los medios ordinarios y los

extraordinarios, o como algunos mencionan medios razonables o no razonables, esto depende del estado de la medicina en determinado momento.

Algunos penalistas dicen que existe una discrepancia entre la teoría legal que considera a la eutanasia como asesinato y la práctica legal que trata muy misericordiosamente a los homicidas por piedad, se impone entonces la legalización de la eutanasia de modo explícito; en todo el derecho penal pero en concreto en el asesinato suele haber una sanción de máximos y mínimos que facilita la imposición de penas más justas, la eutanasia es para intereses privados de evitar el sufrimiento.

La reforma social de la ley se da a partir de la insatisfacción de una práctica social que hace surgir dudas sobre la humanidad, justicia o eficiencia del sistema legal establecido, por lo tanto entonces el reformador social de la ley debe ver las prácticas sociales con la mente abierta y tomar en cuenta las consecuencias y/o complicaciones, la ley justa debe ver el bien común.

La eutanasia a petición del paciente se puede asimilar a la ayuda al suicidio, si bien, en la eutanasia en sentido estricto esta “ayuda ” está rodeada de mayores circunstancias atenuantes que una ordinaria ayuda al suicidio en que el sujeto que solicita la ayuda o está sano o puede realizar por sí mismo el acto homicida, la situación de la víctima provoca en el agente la piedad que convierte esta ayuda al suicidio dentro de su género. Si el suicidio es un derecho que por lo tanto no es punible, la ayuda al suicidio tampoco debería ser punible y por lo tanto la petición del paciente tampoco.

¿ El suicidio es un delito ?, existen diferentes razones que sostienen que el suicidio no sería delito ya que:

- El hecho de que se cometa no causa ningún perjuicio a la sociedad: es un acto que causa conmoción en aquellos que son cercanos al suicida, que les une una relación afectiva como parientes o amigos. El acto debe ser preventivo en vez de represivo porque es muy doloroso el hecho de que desaparezca un miembro de la sociedad por motivos de tipo

emocional, originados en ocasiones por problemas económicos, familiares, laborales o de otra índole.

○ Es derecho fundamental del hombre el dominio absoluto sobre su vida: por lo tanto es libre de elegir cuando quiere abandonar este mundo.

○ La imposibilidad de penar el suicidio consumado: ya que la muerte del “delincuente” inculpa y extingue la acción penal así como las sanciones que se le hubieren impuesto tal como lo establece el artículo 98 del Nuevo Código Penal para el Distrito Federal.

Anteriormente existía penalización del suicidio o de su tentativa tan antiguamente como en Roma, posteriormente en países como Francia, Austria, Inglaterra, Canadá, Estados Unidos y con el paso del tiempo Italia y Suecia fueron los pioneros en abolir la penalización del suicidio debido a que existían notables defensores del él, como Séneca, Hume, Montesquieu, Schopenhauer, Diderot, Voltaire y Marat que originaron un clima favorable para no censurar el suicidio.

Asimismo fue penada la complicidad en el suicidio como lo establecen los códigos de Argentina, Austria, Colombia, China, Grecia, Italia, Polonia, Portugal, Japón, Noruega, Venezuela; queda claro que la despenalización del suicidio no lo convierte en una acción indiferente en el derecho penal.

Las cuatro razones que desde el siglo XVI se argumentaban para penalizar el suicidio, aún continúan siendo válidas para considerarlo delito como el que es una función del Estado defender la vida, es legítima política del gobierno no alentar los suicidios, el valor de la vida humana no está a disposición propia y que el suicidio es una contradicción hacia el instinto de conservación, sin embargo nosotros no estamos de acuerdo con dichas razones ya que la libertad del hombre debe ser respetada y esto incluye a su vida, ya que en la eutanasia al igual que en el suicidio no afecta los intereses de la sociedad sino únicamente el entorno más cercano tal y como lo establecimos en líneas precedentes y si bien es cierto que no a todas las

libertades se les puede conceder el status de derecho fundamental, la libertad de que hablamos no es que rechace la vida, sino la calidad de vida que se "tiene" que sufrir.

5.- LA EUTANASIA A NIVEL MUNDIAL.

Alrededor de todo el mundo existen personas a favor y en contra de que se legisle sobre la eutanasia, la gente poco a poco al estar más enterada de lo que es esta práctica manifiesta su conformidad o inconformidad, sin embargo es una nueva responsabilidad que debemos asumir, existen países incluso en los que hay asociaciones que se dedican a promover o a desvirtuar dicha práctica. No obstante nuestro interés debe enfocarse en todos aquellos que se encuentran a favor de legalizar la eutanasia reclamando humanidad y el amparo de la ley para la situación.

En el mes de abril de 2001, Holanda se convirtió en el primer país en el mundo en legalizar la eutanasia, proporcionando a los pacientes terminales el derecho a terminar con sus vidas a través de una inyección letal (suicidio asistido). La nueva ley menciona que los doctores ya no serán enjuiciados al dar al paciente una muerte piadosa "mercy killing"; aplican estrictas condiciones, con comités regionales de revisión de casos, médicos y expertos en ética quienes cuidadosamente juzgarán cada solicitud realizada por el paciente, una segunda opinión será necesaria.

En Bélgica, senadores votaron en el mes de octubre de 2001 a favor del Suicidio Asistido. En los Estados Unidos de Norteamérica, el reporte anual del 2001 demuestra una vez mas que la Ley sobre Morir con Dignidad - Suicidio Asistido funciona en el Estado de Oregon: El 6 de febrero, el Departamento de Servicios Humanos de Oregon realizó su cuarto reporte anual en el uso de la Ley de Morir con Dignidad. Este reporte anual incluye: 21 pacientes usaron la Ley en 2001. "pérdida de autonomía y disminución de habilidades para mejorar sus condiciones que hacen su vida placentera" fueron las dos mas frecuentes razones para terminar con su vida. La mayoría de los pacientes prefirieron morir en sus hogares. Los 21 pacientes tenían seguro médico."

Por otra parte el debate sobre la eutanasia es fuerte en otros países: En Francia, el Ministro de Salud el Dr. Bernard Kouchner, mencionó que utilizará la aprobación de Holanda para presionar la legalización en su país. En Australia, una región, el territorio del norte, fue el primer lugar en el mundo que legalizó la eutanasia en 1996, antes de que la ley fuera replanteada y rechazada nueve meses después. En Inglaterra, una mujer paralizada ganó el derecho a morir en un controvertido caso, esto confirma en Inglaterra que la decisión del paciente debe de ser el centro de todo tratamiento.

El Tribunal Europeo de Derechos Humanos afirma que no existe el derecho a morir ya que rechazó el pasado 29 de abril de 2002 el recurso presentado por una mujer contra la Alta Corte Británica por no haberle concedido la eutanasia despenalizada. La Corte considera que no se puede deducir del “ derecho a la vida ” un “ derecho a morir, ya sea por la mano de un tercero o por la asistencia de una autoridad pública ”, y pone el acento en la obligación de un Estado a proteger la vida. La Convención Europea de Derechos Humanos tampoco confiere, “ de ninguna manera ” a un ciudadano el derecho a exigir a un Estado que le permita o facilite su muerte, señala el Tribunal, que no detecta el menor rastro de trato inhumano o degradante contra la demandante por parte de las autoridades británicas. Tampoco entiende el tribunal que exista una violación del derecho de libertad de conciencia, puesto que el principio de autonomía reclamado por la demandante no tiene nada que ver con la manifestación de una religión o una convicción de culto. Los jueces consideraron que establecer una distinción entre las personas que pueden suicidarse y las que no socavaría seriamente la protección de la vida y aumentaría de manera significativa el riesgo de abusos.

6.- LA EUTANASIA EN ALGUNAS ESCUELAS DE DERECHO PENAL.

Existen cinco obras clásicas que tratan los diversos aspectos del homicidio piadoso que son L'Omicidio-suicidio, L' Art de Mourir, Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens, L'Uccisione pietosa in rapporto alla Medicina alla Morale et all'Eugenica y Morte Benéfica a las que podemos añadir Libertad de amar, derecho a morir.

Enrico Ferri, César Lombroso y Rafael Garófalo que son fundadores de la Escuela Positiva de Derecho Penal, se enfocan a los aspectos sociales del delito y no valorizan tanto la responsabilidad personal del delincuente; aquí el que comete un homicidio por motivos de piedad o altruistas no se considera delincuente, ya que el hombre tiene la disponibilidad de la propia vida y por lo tanto entonces el que mata a otro atendiendo a su petición no es jurídicamente responsable. Asimismo Giuseppe del Vecchio perteneciente también a la escuela positiva admite a la eutanasia con ciertas condiciones como que exista la petición de la víctima, la prueba de ella y un informe médico que avale la incurabilidad de la enfermedad.

En la escuela alemana que es de orientación técnico jurídica y cuyos iniciadores son Karl Binding y Alfred Hoche se encuentran a favor de la eutanasia, afirman que hay tres tipos de hombres cuyas vidas han perdido la cualidad de bien jurídico y son: los dementes incurables e imbeciles, los que debido a una enfermedad o herida piden ser matados por que ya no tienen remedio y los espiritualmente sanos pero que caen en la inconsciencia y al salir de ella quedan en una condición miserable, para los cuales un medio de cura es la eutanasia.

La escuela clásica era de tipo formalista y no admitía excepciones en la protección jurídica de la vida humana y Carrara y Pessina no admitían que en el homicidio a petición de la víctima se hablara de complicidad, sino de un homicidio simple. El dolo se configura por la voluntad y conciencia de realizar el acto delictivo, introdujeron la consideración del móvil, pero consideraban que la motivación anularía el delito, el móvil o fin altruista la culpa, y la excusa absolutoria la pena.

La terza scuola trató de mediar entre la escuela clásica y la escuela positiva, surgió en Alemania con Franz von Liszt iniciador de la escuela joven, conocida también con el nombre de sociológica o político-criminal. Para él, la ayuda al suicidio era un delito sui generis y por lo tanto con una pena menor que la del homicidio simple.

Luis Jiménez de Asúa quien junto con Eugenio Cuello Calón fueron discípulos de Liszt, realiza obras sobre la eutanasia, aboga por el perdón judicial y que éste debiera

insertarse en un apartado especial del Código Penal para que ya no se hable de él en los artículos referentes a los delitos en particular. El móvil de piedad no es excusante, sino una causa atenuante. Y, Eugenio Cuello Calón cree preferible que se conceda el perdón judicial, que se impongan penas muy atenuadas considerando el motivo y las circunstancias, afirma que la muerte es injusta e ilícita pero “excusable por ausencia de culpabilidad”.²¹

7.- LA EUTANASIA Y EL DERECHO COMPARADO ACTUAL.

El tratamiento jurídico penal de la eutanasia en los países del mundo son:

- a) Alemania: las conductas eutanásicas en la práctica son la interrupción del tratamiento del enfermo y se admiten cuando éste resulte claramente inútil; no cabe un tratamiento terapéutico en contra de la voluntad del paciente, sin embargo, en principio, si el médico con el consentimiento del paciente desconecta el aparato reanimador con el fin de acortar la vida de éste, tal comportamiento constituye delito de homicidio, salvo que el paciente formule una solicitud explícita y seria, ya que el homicidio consentido si es regulado.
- b) Austria: en este país se regula la figura castigando con pena de prisión a quien cause la muerte de otra persona, sin embargo la tentativa no es punible.
- c) Noruega: se otorga una pena atenuada si se causa la muerte por piedad.
- d) Francia: no se prevé una figura específica del homicidio consentido, pero abarca el homicidio simple y voluntario agravado para los que se impone cadena perpetua.
- e) Italia: se regula el homicidio consentido al disponer que el que cause la muerte de un hombre con su consentimiento, será castigado con pena de reclusión, no es suficiente el simple deseo del sujeto pasivo.

²¹ CUELLO CALÓN, Eugenio. El Problema penal de la Eutanasia. Ed. Bosch. Barcelona, 1955. p 122.

- f) Portugal: existe una atenuante a la sanción, ya que se castigará con prisión a aquel que dominado por una emoción violenta o compasión, desesperanza u otro motivo relevante, valor social o moral, que disminuya sensiblemente su culpa.
- g) Gran Bretaña: a partir de 1961 el suicidio no es punible, pero si para aquel que acontece a otro, lo ayude, facilite o instigue al suicidio.
- h) Estados Unidos de América: en ninguno de los códigos penales de los estados y territorios independientes de este país, hay una regulación específica, en todos ellos se considera delito, sin embargo han aprobado “ Natural Death Acts ” donde toda persona mayor de edad y con capacidad tiene el derecho a rechazar en determinadas condiciones un tratamiento que prolongue su vida, dicha petición debe contenerse en el testamento vital (living will), entonces la ley exime de responsabilidades criminales al personal sanitario, pero la eutanasia u homicidio por piedad en sí, quedan fuera del ámbito permitido por la ley.
- i) Argentina: los supuestos eutanasia son castigados con arreglo a lo dispuesto por su código, que regula el homicidio, existe el atenuante en el caso de eutanasia y participación en el suicidio por motivos altruistas como la piedad.
- j) Bolivia: se deja al arbitrio del tribunal la posibilidad de sustituir la pena de reclusión por la prestación de trabajo o aún el perdón judicial si existió un móvil piadoso con el fin de acelerar una muerte inminente o de poner fin a graves padecimientos o lesiones corporales probablemente incurables.
- k) Costa Rica: existe pena de prisión y en cuanto al suicidio fallido se impone una medida de seguridad consistente en un adecuado tratamiento psiquiátrico.
- l) Chile: la eutanasia se considera una conducta delictiva que va desde el presidio hasta la pena de muerte.

- m) Cuba: autoriza al tribunal a que aprecie las circunstancias personales, los móviles de piedad o compasión de su conducta y las circunstancias del hecho para que pueda señalar una sanción inferior.

- n) Uruguay: otorga a los jueces 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.

- o) Japón: la pequeña Sociedad de Eutanasia Voluntaria del Japón opera en una tradición en la cual el suicidio es visto como la alternativa "honorable" a la pérdida del prestigio y del honor: un hombre no debería sobrevivir, dicen ellos, a su buena reputación o a su éxito. La tasa de suicidio en el Japón ha subido entre los ancianos, muchos de los cuales son marginados y abandonados.

- p) Australia: En 1988, el Estado australiano de Victoria se convirtió en la primera jurisdicción anglo-parlante en legalizar el suicidio médico. Las partes de la ley que autorizaban a un apoderado para tomar las decisiones de vida o muerte por un incapacitado fueron rechazadas por el Parlamento, pero serán consideradas de nuevo.

- q) India: Un proyecto de ley introducido en 1980 en el parlamento indio de ser aprobado hubiera proporcionado la muerte a petición del paciente a inválidos e incurables de todo tipo. La expresión muerte misericordiosa aparece varias veces.

- r) China: El Washington Times (22 de diciembre de 1988) publicó un reportaje que empezaba diciendo: "China permitirá muertes misericordiosas a petición en sus hospitales, a pesar de la carencia de una política formal de eutanasia para pacientes enfermos de muerte..." Un funcionario del Ministerio dijo: "La Eutanasia puede poner fin al dolor de los incurable, no se refería necesariamente a pacientes moribundos, y también puede ser un gran alivio para sus parientes, tanto mental como físicamente", por lo que dada su población tan numerosa y su desprecio general por la vida humana,

parecería que los chinos hubieran dado otro gran paso adelante hacia la muerte, superando y yendo aún más lejos que Holanda al hacerlo.

- s) Filipinas: La influencia de los Estados Unidos es evidente en un proyecto de ley introducido en la legislatura filipina en 1989 por dos senadores, quienes describieron el caso de Karen Anne Quinlan y el "Testamento en Vida" de California como eventos fundamentales para la promoción de la eutanasia. El lenguaje de ese proyecto fue tomado en parte del California Act, aunque las salvaguardias del paciente han sido generalmente omitidas y se agregó una cláusula que permitiría el retiro de "respiradores o cualquier otro sistema para conservar la vida", refiriéndose quizás al alimento y los líquidos. Esto se haría a petición de los parientes 30 días después que éstos hayan sido notificados por un doctor de que no hay esperanza de que el paciente se recupere.
- t) Rumania: excluyó a los jubilados de todo servicio médico y social: tres días después de su ejecución, se legalizó el aborto que había sido proscrito. Está por verse si es que la posición de los jubilados cambiará, y en ese caso en qué dirección, pero presupone que la legalización de la eutanasia no se ve muy lejana.
- u) Holanda: la eutanasia fue legalizada en este país por una decisión de la Corte Suprema, la eutanasia tiene lugar tanto por razones médicas como por razones sociales; hay varias estadísticas diferentes en cuanto al número de muertes por eutanasia cada año en Holanda, especialmente con respecto a las muertes involuntarias. Esto sugiere que las reglas a que nos referimos anteriormente son ampliamente violadas o ignoradas, y que muchos miles de certificados de muerte son falsificados cada año.

8.- EL DERECHO PENAL MEXICANO.

La vida, es un bien jurídico tutelado por el Derecho Penal determinando su jerarquía como máxima, por lo cual la ubica en primer término. La vida y la integridad corporal son valores que no sólo interesan a la persona física, sino también a la colectividad.

Cabe señalar que la eutanasia se encuentra, si bien es cierto, no regulada de manera expresa por la legislación mexicana, pero sí expresamente prohibida al igual como lo señalan la mayoría de las legislaciones de todos los países.

Es importante y muy necesario que se lleve a cabo la creación de un marco legal en nuestro país, que deberá ser objetivo y claro, donde se señalen mecanismos y casos de aplicación buscando con ello combatir y detener prácticas poco humanas que existen y la corrupción que influye para ello, para así defender el derecho de la humanidad que es el de una vida digna y una muerte en paz.

8.1 CÓDIGOS PENALES ANTES DE 1931.

En 1835 aparece el primer Código Penal del México Independiente en el estado de Veracruz, ya que anteriormente realizada la Independencia del país, después del Imperio de Iturbide, el Congreso Mexicano estableció la soberanía de los Estados de la Federación, en cuanto a su régimen interno para que pudieran proclamar sus propias leyes. El Código de Veracruz no legisla expresamente sobre la eutanasia, sin embargo existen artículos que podemos vincular con ella, como el 542 relativo a la ayuda al suicidio en el que se establecía que sería considerado como cómplice de homicidio a la persona que ayudara a otra en el acto de suicidarse o lo proveyere con los medios para tal efecto sabiendo la intención o si no diera aviso a la persona que pudiera impedirlo.

El artículo 103 del mismo código, expresa la complicidad y menciona que lo serán aquellos que den aviso a los autores del delito para que se cometa, los que proporcionen los

instrumentos o medios para realizarlo, los que con su presencia o palabras en el acto contribuyan a su perpetración y los que teniendo la obligación de impedirlo no lo hagan.

El Código de 1871 fue promulgado el 7 de diciembre de ese año, que en gran parte fue una adaptación al código penal español de 1970, tampoco en este código se trataron expresamente los casos de eutanasia, aunque existe en un artículo una alusión a la voluntad y orden de la víctima.

Nos referimos al artículo 559 en el que se castigaba con prisión al que diera muerte a otro con voluntad de éste y por su orden, asimismo para el que lo provoque al suicidio o le proporcione los medios para ejecutarlo si se verifica el delito y en caso contrario se imponía una multa.

Dicho código fue adoptado por diversos estados de la República como Yucatán en 1871, Guerrero, Campeche, Zacatecas, San Luis Potosí y Chiapas en 1872, Tamaulipas en 1873, Coahuila y Sinaloa en 1874, México, Hidalgo y Puebla en 1875, Colima y Oaxaca en 1878 y Morelos en 1879.

En 1912 se organizó una revisión al Código de 1871 en la que no se tomaron en cuenta los adelantos en las ciencias del hombre como la psicología y la sociología, por lo que el artículo 559 no sufrió modificación alguna.

En 1929 se realiza un código que entra en vigor el 15 de diciembre, fue influenciado por la corriente positiva y pugnaba por el mejoramiento del ambiente social más que por el castigo a los delincuentes. En él se relacionan tres artículos referentes a nuestro tema que son el 982 en el que si alguien daba muerte a otro por la voluntad de éste y por su orden sería segregado y además acreedor a una multa. El artículo 983 establecía que si solamente lo inducía o le proporcionara los medios se segregaría si se verificara la muerte o se causaran lesiones, de lo contrario únicamente se haría efectiva la multa; y, el artículo 984 en el que si el occiso era menor de edad o padeciera alguna de las formas de enajenación mental se aplicarían las sanciones referentes al homicidio calificado.

8.2 EL CÓDIGO PENAL DE 1931.

A pesar de que dicho código sufrió muchas reformas, estuvo vigente por muchos años, expedido por el Presidente Pascual Ortiz Rubio. Con respecto a los códigos de 1871 y 1929 referidos en líneas precedentes, este código presenta importantes novedades como:

- a. Mayor libertad para que los jueces apliquen las sanciones tomando en cuenta las circunstancias exteriores y peculiares del delincuente según mínimos y máximos considerados en la ley.
- b. Perfeccionamiento en los elementos de la suspensión condicional de la pena.
- c. La tentativa de delito.
- d. El encubrimiento como delito.
- e. La participación en el delito.
- f. La excluyentes de responsabilidad.
- g. La reparación del daño como pena pública.

En 1949 se realizó un proyecto de reforma ya que hablaba de la eutanasia en su artículo 304 en el que se imponían de uno a tres años de prisión cuando la privación de la vida se cometa por móviles de piedad, mediante súplicas reiteradas de la víctima, ante la inutilidad de todo auxilio para salvar la vida, además de lo que manifiesta el artículo 312 actual, atenuaba la pena por tratarse de un móvil altruista por parte del sujeto activo, y en lo que se refiere al sujeto pasivo, no solamente señala su consentimiento, sino su reiterada petición, además de establecer la situación de una enfermedad al ser imposible o inútil el auxilio tendiente a salvar la vida.

8.2.1 HOMICIDIO SIMPLE.

Como ya mencionamos, el delito de homicidio, es considerado la infracción más grave contra el individuo y contra la sociedad y una de las formas más calificadas de violencia, pues tiene como elemento la privación de la vida del hombre, ya que recordemos que el derecho lo

define como el privar de la vida a alguien. Para que se configure el delito de homicidio no sólo requiere del elemento material que dijimos es la vida, sino del moral, es decir, la intención de matar o la imprudencia (dolo o culpa).

El homicidio simple intencional es penado con prisión de ocho a veinte años según lo dispuesto por el artículo 307 del Código Penal para el Distrito Federal, a menos que existan causas atenuantes como el homicidio en riña o el homicidio en duelo según el artículo 308 o si se causa en estado de emoción violenta como lo refiere el artículo 310.

8.2.2 HOMICIDIO CALIFICADO.

El homicidio calificado es aquél en el que se da alguno de los siguientes elementos de acuerdo al artículo 315 del multicitado código: premeditación, ventaja, alevosía o traición.; dicho delito tienen una pena consistente en prisión de veinte a cincuenta años según el artículo 320.

En los casos de eutanasia se considera el elemento de la premeditación, y el mismo artículo 315 nos explica que “ Hay premeditación: siempre que el reo cause intencionalmente una lesión, después de haber reflexionado sobre el delito que va a cometer ”²². En el caso de la escuela clásica la premeditación es el elemento agravante por excelencia, mientras que para la escuela positiva se considera en su lugar el móvil como mencionamos anteriormente.

8.2.3 SUBTIPOS ESPECIALES DE HOMICIDIO.

Anteriormente en el código de 1931 se presentaban dos subtipos en lo que toca al homicidio que son el parricidio y el infanticidio, se definía al parricidio como el homicidio del padre o de la madre o de cualquier otro ascendiente consanguíneo y en línea recta, legítimos o naturales, conociendo el delincuente dicho parentesco, en los artículos 323 y 324. Y, como

²² Código Penal para el Distrito Federal. Ed. Sista. México, 2002. p.104.

infanticidio la muerte causada a un niño dentro de las setenta y dos horas de su nacimiento, por alguno de sus ascendientes consanguíneos, en los artículos 325, 326, 327 y 328.

Actualmente se encuentran derogados según el Diario Oficial del 10 de enero de 1994 del artículo 324 al 328 del Código Penal para el distrito Federal, con dichas reformas el capítulo IV Homicidio en razón del parentesco o relación conserva únicamente el artículo 323 que dice “ Al que prive de la vida a su ascendiente o descendiente consanguíneo en línea recta, hermano, cónyuge, concubina o concubinario, adoptante o adoptado con conocimiento de esa relación se le impondrá prisión de diez a cuarenta años...”²³

8.2.4 AUXILIO E INDUCCIÓN AL SUICIDIO Y HOMICIDIO CON CONSENTIMIENTO DE LA VÍCTIMA.

Hemos establecido con anterioridad las semejanzas y diferencias entre eutanasia y ayuda al suicidio, este código habla de este auxilio o inducción en los artículos 312 y 313.

El artículo 312 puede dividirse en dos partes: el prestar auxilio a otro para que se suicide y el inducir a otro para que se suicide, ésta última se refiere al que presta auxilio al suicida al punto de ejecutar él mismo la muerte, y que es la figura del homicidio consentido o como algunos estudiosos del derecho lo conciben como homicidio-suicidio. La eutanasia puede tener cabida en cualquiera de los dos supuestos puesto que se actúa por móviles de piedad, en beneficio de la víctima y con su consentimiento y en efecto, quien auxilia o induce a otro a suicidarse es autor material de la conducta y no partícipe, ya que el suicidio es un acto permitido por nuestra legislación.

El derecho a la vida debe ser un derecho de máxima libertad, no obstante así como el sistema jurídico permite disponer de la propia vida, obliga a respetar la de los demás prohibiendo la realización de actos que lesionen o favorezcan la lesión de la vida ajena. El auxiliar o inducir a otro para que se quite la vida es una conducta prohibida porque como ya dijimos el sistema penal considera la vida como un bien muy valioso interfiriendo el

²³ CPDF. Op, cit. p. 106

legislador en ese ámbito. Es distinto el caso del homicidio consentido, donde el autor priva de la vida otro que así se lo solicitó o al menos así lo consintió y que dicha solicitud obedece al padecimiento de sufrimientos intolerables, sin embargo nuestra legislación no hace alusión a los motivos del consentimiento del sujeto pasivo.

8.3 EL NUEVO CÓDIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL DEL 16 DE JULIO DEL 2002.

Al existir una necesidad de crear nuevas leyes que garantizaran la adecuada regulación de los bienes jurídicos de la sociedad, se buscaron modelos normativos capaces de corregir las limitaciones de las instituciones jurídicas vigentes y adecuarlas a las condiciones sociales, económicas, culturales, políticas que prevalecen, además que el incremento de la delincuencia es desmedido.

Los rubros de cada materia que cada dispositivo contiene contribuyen a una adecuada identificación de los mismos. La Suprema Corte de Justicia de la Nación a través del sistema de contradicción de tesis hace posible que los delitos se trasladen, para que aquellos tipos que no se configuren en su exacta connotación jurídica no queden impunes por atipicidad.

8.3.1 HOMICIDIO SIMPLE.

El homicidio simple intencional es penado con prisión de ocho a veinte años según lo dispuesto por el artículo 123 del Nuevo Código Penal para el Distrito Federal.

8.3.2 HOMICIDIO CALIFICADO.

Al que cometa homicidio calificado se le impondrá prisión de veinte a cincuenta años de prisión. El homicidio calificado como ya mencionamos con anterioridad es aquél en el que se da alguno de los siguientes elementos de acuerdo al artículo 138 del multicitado código: ventaja, traición, alevosía, retribución por el medio empleado, saña o en estado de alteración voluntaria.

En este nuevo código no habla de premeditación como el anterior, sin embargo incluye la retribución, ya que establece que la retribución se refiere a cuando el agente lo comete por pago prestación prometida o dada. Asimismo por lo medios empleados, es decir, se causen por inundación, incendio, minas, bombas o explosivos, o bien por envenenamiento, asfixia, tormento o por medio de cualquier otra sustancia nociva para la salud.

También incluye la saña, cuando el agente actúe con crueldad o con fines depravados; y, el estado de alteración voluntaria, cuando el agente lo cometa en estado de ebriedad o bajo el influjo de estupefacientes o psicotrópicos u otras sustancias que produzcan efectos similares.

8.3.3 SUBTIPOS ESPECIALES DE HOMICIDIO.

Este código conserva las disposiciones relativas al homicidio en cuanto se tiene conocimiento de una relación entre la víctima y el victimario como lo mencionamos con anterioridad. Al igual que el código anterior no especifica la figura del parricidio ni la del infanticidio. No obstante establece que si la madre priva de la vida a su hijo dentro de las veinticuatro horas siguientes a su nacimiento, su castigo será la prisión en un término de tres a diez años de prisión, tomando en cuenta el juzgador las circunstancias del embarazo, las condiciones personales de la madre y los móviles de piedad, según lo establecido por el artículo 127.

8.3.4 AUXILIO E INDUCCIÓN AL SUICIDIO Y HOMICIDIO CON CONSENTIMIENTO DE LA VÍCTIMA.

En éste nuevo código se realiza un capítulo especial en cuanto a la ayuda o inducción al suicidio, se compone de dos artículos que son el 142 y el 143 que por lo importante que resultan para el estudio de nuestra materia transcribiremos a continuación.

Art. 142. Al que ayude a otro para que se prive de la vida, se le impondrá prisión de uno a cinco años, si el suicidio se consuma. Si el agente prestare auxilio hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, la pena aplicable será de cuatro a diez años de prisión.

Al que induzca a otro para que se prive de la vida, se le impondrá prisión de tres a ocho años, si el suicidio se consuma.

Si el suicidio no se consuma, por causas ajenas a la voluntad del que induce o que ayuda, pero si se causan lesiones, se impondrá las dos terceras partes de la pena a anterior, sin que exceda de la pena que corresponda a las lesiones de que se trate.

Si no se causan éstas, la pena será de una cuarta parte de las señaladas en este artículo.

Artículo 143: Si la persona a quien se induce o ayuda al suicidio fuere menor de edad o no tuviere capacidad de comprender la relevancia de su conducta o determinarse de acuerdo con esa comprensión, se impondrá al homicida o inductor las sanciones señaladas al homicidio calificado o a las lesiones calificadas.²⁴

Como ya manifestamos con anterioridad este código realiza una mejor clasificación de los delitos estableciendo mejores adecuaciones de las conductas al tipo penal y las sanciones para los mismos.

Pero, a pesar de ello, consideramos que el artículo 127 debió estar inmerso en dicho capítulo, ya que es éste, el que se asemeja un poco más al término de eutanasia, no expresándolo literalmente con la palabra como tal, sino que si hacemos una interpretación del mismo encontramos los elementos que la conforman, recordando que son: el sujeto activo, el sujeto pasivo, el requerimiento y la conducta eutanásica.

²⁴ NCPDF. Op. cit. p. 55 y 56.

Artículo 127. Al que prive de la vida a otro, por la petición expresa, libre, reiterada, seria e inequívoca de éste, siempre que medien razones humanitarias y la víctima padeciere una enfermedad incurable en fase terminal, se le impondrá prisión de dos a cinco años.²⁵

Como podemos observar se habla aquí de “razones humanitarias” lo que podemos equiparar a los móviles de piedad, asimismo observamos que el legislador impone una pena menor en relación al delito de homicidio.

9.- LOS CÓDIGOS PENALES DE LA REPÚBLICA MEXICANA.

El Código penal del Estado de México publicado por el Dr. Gustavo Baz, que entró en vigor el 5 de febrero de 1961, es el único de los códigos penales de los Estados de la República Mexicana que legisla expresamente sobre eutanasia, y que dice:

Art. 234 “Será castigado con prisión de seis meses a diez años de prisión y multa hasta de diez mil pesos el homicidio cometido:

- I. En estado de emoción violenta que las circunstancias hicieren excusable;
- II. En vindicación próxima de una ofensa grave causada al autor del delito, su cónyuge, concubinario, ascendientes y descendientes y hermanos; y
- III. Por móviles de piedad, mediante súplicas notorias y reiteradas de la víctima, ante la inutilidad de todo auxilio para salvar la vida”.²⁶

Existen también diversos códigos que han cambiado sus criterios, sin embargo mencionaremos sólo algunos.

²⁵ NCPDF. Op.. cit. p. 51

²⁶ Código penal para el Estado de México. Ed. Sista. 2002. p.

El código de Nuevo León en su capítulo VII expresa:

Inducción y auxilio al suicidio.

Artículo 322.- el que induzca o auxilie a otros al suicidio, hasta llegar a su consumación, será sancionado con cinco a doce años de prisión.

Artículo 323.- a quien auxilie al suicidio, ante la súplica de quien se encuentre en estado de gravedad extrema, en forma tal que la vida resulte para él inaceptable, se le impondrá pena de tres días a tres años de prisión.

El código de Jalisco en su capítulo VI menciona:

Instigación o ayuda al suicidio.

Artículo 224.- Se impondrán de tres a diez años de prisión al que instigue o ayude a otro al suicidio, si éste se consumare. Si la ayuda se prestare hasta el punto de ejecutar el responsable la muerte, la sanción será de cuatro a doce años de prisión. Si el suicidio no se lleva a efecto, pero su intento produce lesiones, la sanción será de tres días a tres años de prisión, salvo que sean de las señaladas en las fracciones III, IV y V del artículo 207, en cuyo caso se aplicarán las sanciones correspondientes a ellas.

Si el suicida fuera impúber o padeciera alguna enajenación mental, se aplicará al instigador las sanciones señaladas al homicidio o lesiones calificadas.

La misma sanción, se aplicará al que induzca al suicidio del cónyuge o de los ascendientes o descendientes en cualquier grado, o de las personas ligadas por vínculos de gratitud, amistad, trabajo, o cualquiera otra circunstancia que inspire ascendencia moral. también se aplicará esta sanción cuando la inducción al suicidio persiga la obtención de un provecho económico o de otro cualquiera.

El Código de Colima en su capítulo IV menciona:

Inducción o ayuda al suicidio.

Artículo 186.- Al que induzca o ayude a otro para que se suicide, se le impondrá prisión de dos a ocho años y multa hasta por 100 unidades, si el suicidio se consumare.

Si el suicidio no se consuma, se impondrá prisión de uno a cuatro años y multa hasta por 50 unidades.

Si la persona a quien se induzca o ayude al suicidio fuere un incapaz, se impondrán las penas del homicidio simple si el suicidio se consumare, si no se consumare, se impondrán de dos a ocho años, de prisión y multa hasta por 100 unidades.

El Código de Guerrero en su capítulo IV refiere:

Instigación o ayuda al suicidio.

Artículo 115.- Al que instigue o ayude a otro para que se suicide, se le impondrá prisión de uno a ocho años, si el suicidio se consumare.

Si el suicidio no se consuma la prisión será de tres meses a cuatro años, pero si se causan lesiones se aplicarán de seis meses a seis años de prisión.

(Reformado, p.o. 22 de noviembre de 1991) cuando el cónyuge, concubinario o amasio, instiguen o auxilién al otro a suicidarse, las penas previstas en este artículo se aumentarán hasta en una mitad más y se impondrán de diez a cincuenta días multa.

Artículo 296.- Al que prestare auxilio o indujere a otro para que se suicide, se le aplicará prisión de uno a cinco años; si se lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, la prisión será de cuatro a doce años. si el occiso o suicida fuera menor de edad o padeciera alguna de las formas de enajenación mental, se aplicarán al homicida o instigador las penas señaladas al homicidio calificado o a las lesiones calificadas.

10.- LOS CRITERIOS DE LA SUPREMA CORTE DE JUSTICIA DE LA NACIÓN.

Ante todo, la Suprema Corte de Justicia de la Nación protege la vida, mencionando que el derecho a la vida tiene una protección constitucional, refiriendo que al hacer un análisis de los artículos 1º, 14 y 22 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos se desprende que al establecer respectivamente el principio de igualdad de todos los individuos que se encuentren en el territorio nacional, por lo que se les otorga el goce de los derechos que la propia Constitución consagra, prohibiendo la esclavitud y todo tipo de discriminación; que nadie podrá ser privado entre otros derechos, de la vida sin cumplir con la garantía de audiencia, esto es mediante juicio seguido ante los Tribunales previamente establecidos.

Protege el derecho a la vida de todos los individuos, pues lo contempla como un derecho fundamental, sin el cual no cabe la existencia ni disfrute de los demás derechos, según la tesis P/J.13/2002 Tomo XV Febrero del 2002 p. 589 Jurisprudencia 187, 816. Pleno 9º Época. Semanario Judicial de la Federación y su gaceta.

Asimismo menciona que sobre el derecho a la vida del producto de la concepción, se deriva su protección de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, de los tratados internacionales y de las leyes federales y locales. Y que todos los actos que atenten contra la vida, atentan contra la garantía que tiene todo gobernado a que el Estado le otorgue la protección de sus derechos, empezando por el primero de ellos, que es el derecho a la vida, y cualquier acto que de cualquier manera le restrinja tales derechos, evidentemente estará violando los preceptos constitucionales antes invocados. Lo anterior se evidencia en el hecho de que no habiendo vida, no existe persona y, por tanto, no hay centro de imputación de derechos y obligaciones.

En el caso concreto, la Suprema Corte menciona que con la reforma aprobada por la mayoría de la Asamblea Legislativa a la fracción III del artículo 334 del Código Penal, un individuo que por cualquier razón presente alguna alteración genética o congénita, que

supuestamente a criterio de dos personas ajenas dañe su salud, al límite que pueda poner en riesgo su supervivencia, no se le permite vivir y llegar a su muerte natural, privándole de este derecho al aplicarle *la muerte por eutanasia*, la cual también es considerada como una conducta típicamente antijurídica, dolosa y culpable en nuestro derecho. Por tanto, la Honorable Suprema Corte de Justicia de la Nación decreta procedente la acción de inconstitucionalidad.

Además afirma que el legislador no puede aprobar ley alguna que vaya en contra de la garantía individual que reconoce el derecho a la vida, ni puede limitar los derechos individuales reconocidos como garantías, pues ello atenta contra el artículo 1o. Constitucional, y de los tratados internacionales que México ha signado referentes a la protección a la vida y que recordemos se encuentran por debajo de la Constitución y a la par de las leyes federales.

De igual forma hace también referencia la Suprema Corte de Justicia de la Nación a que en el Diario Oficial de la Federación de veinte de mayo de mil novecientos ochenta y uno aparece publicado el "Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos", especificándose en la parte inicial del decreto promulgatorio que el citado pacto fue aprobado por la Cámara de Senadores del Congreso de la Unión el dieciocho de diciembre de mil novecientos ochenta, según decreto publicado en el Diario Oficial de la Federación el nueve de enero de mil novecientos ochenta y uno. Este pacto en su artículo sexto señala:

“Artículo 6o. 1. El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente.”

Así entonces, este tratado internacional protege el derecho a la vida, ya que lo considera como un derecho inherente a la persona humana y todo lo expresado con anterioridad se confirma con lo dispuesto por determinadas leyes secundarias, tanto federales como locales, tales como el Código Penal Federal, el Código Penal para el Distrito Federal, el Código Civil Federal y el Código Civil para el Distrito Federal.²⁷

²⁷ Ejecutoria. 9º, Pleno; SJF y su gaceta. XV. marzo del 2002. p. 793.

CAPÍTULO IV

ASPECTOS MÉDICO-LEGALES Y PSICOLÓGICOS.

1.- PODER Y DEBILIDAD DE LA MEDICINA.

El tema de la eutanasia nos exige por su complejidad estudiar los principales aspectos médicos y psicológicos concemientes, no podemos negar que los avances médicos han dado al hombre un poder sobre la vida y la muerte, teniendo como claro ejemplo el incremento en la esperanza de vida. Anteriormente, es decir en la época antigua el promedio de vida era de veinte a veintidós años en Grecia y en Roma, de treinta y tres en la Edad Media, de treinta y cinco en los primeros colonos de Norteamérica y de cuarenta y siete a principios del siglo XX.

A partir de entonces la balanza que mide el número de defunciones y nacimientos, se ha inclinado por éstos últimos, la barrea de la muerte ha retrocedido, así podemos ver que gracias al progreso de la medicina la población mundial cuenta con millones de personas mayores a los sesenta años.

En el caso de México en 5 décadas aumentó la esperanza de vida veinticinco años²⁸, el informe México: Salud 2002 elaborado por la Secretaría de Salud, revela que viven en promedio veinticinco años más en comparación con la década de los cincuentas, la esperanza de vida de las mujeres es de setenta y siete años y la de los hombres de setenta y dos , gracias a las mejores condiciones de salud de los mexicanos, dicho documento también refiere que varias entidades del país no han avanzado en sus acciones para prevenir y frenar enfermedades que aquejan a la población y que están impactando los servicios de salud. La salud de la población mexicana sigue modificándose como resultado, entre otros factores, del envejecimiento de la población y la adopción de nuevos estilos de vida.

Hace cincuenta años las enfermedades transmisibles y los padecimientos ligados a la reproducción ocupaban los primeros sitios en el cuadro de causas de mortalidad. Ahora, las

²⁸ RODRÍGUEZ, Ruth. Periódico El Universal. Primera plana. 2003. p.11,

principales causas de muerte en los mexicanos son las enfermedades no transmisibles y las lesiones: tumores malignos, diabetes mellitus, padecimientos del corazón y del hígado que concentran el 52% de las muertes totales de nuestro país.

Existen también ciertos territorios de nuestro país en que prevalecen algunos tipos de enfermedades, ya sea por rezago económico o ignorancia (algunos estratos de la población no desean acudir al médico, en ocasiones por sus creencias); los territorios de la mortandad son:

Enfermedades diarreicas: Muertes por cada cien mil menores de cinco años.

- ⇒ Menos de 10: Baja California Sur, Campeche, Coahuila, Colima, Durango, Nuevo León, Sinaloa y Sonora.
- ⇒ De 10 a 20: Aguascalientes, Baja California, Chihuahua, Distrito Federal, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Nayarit, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Tabasco, Tamaulipas y Zacatecas.
- ⇒ DE 20 a 40: Guanajuato, Guerrero, Estado de México, Morelos, Puebla, Tlaxcala, Veracruz y Yucatán.
- ⇒ Más de 40: Chiapas y Oaxaca.

Infecciones respiratorias: Muertes por cada cien mil menores de cinco años.

- ⇒ Menos de 10: Durango, Nuevo León y Sinaloa.
- ⇒ De 10 a 20: Aguascalientes, Campeche, Coahuila, Colima, Guerrero, Jalisco, Morelos, Nayarit, Quintana Roo, Tamaulipas.

⇒ De 20 a 50: Baja California, Baja California Sur, Chiapas, Chihuahua, Distrito Federal, Guanajuato, Hidalgo, Michoacán, Oaxaca, Querétaro, San Luis Potosí, Sonora, Tabasco, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.

⇒ Más de 50: Estado de México, Puebla, Tlaxcala.

Enfermedades cardiovasculares: Muertes por cada cien mil habitantes.

⇒ Menos de 50: Chiapas, Guerrero, Hidalgo, Oaxaca, Puebla y Tlaxcala.

⇒ De 50 a 80: Aguascalientes, Campeche, Durango, Guanajuato, Jalisco, Estado de México, Michoacán, Morelos, Nayarit, Querétaro, Quintana Roo, San Luis Potosí, Tabasco, Veracruz y Zacatecas.

⇒ De 80 a 110: Baja California Sur, Colima, Distrito Federal, Nuevo León, Sinaloa, Tamaulipas, Yucatán.

⇒ Más de 110: Baja California, Chihuahua y Sonora.

Diabetes: Muertes por cada cien mil habitantes.

⇒ Menos de 60: Chiapas, Guerrero, Nayarit, Oaxaca y Yucatán.

⇒ De 60 a 80: Baja California, Baja California Sur, Campeche, Hidalgo, Michoacán, Morelos, Nuevo León, Quintana Roo, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Veracruz y Zacatecas.

⇒ De 80 a 100: Coahuila, Colima, Chihuahua, Distrito Federal, Durango, Jalisco, Estado de México, Puebla, Querétaro, Tabasco, Tamaulipas, y Tlaxcala.

⇒ Más de 100: Guanajuato.

SIDA: Muertes por cada cien habitantes de 25 a 44 años:

- ⇒ Menos de 5: Aguascalientes, Querétaro, San Luis Potosí y Zacatecas.

- ⇒ De 5 a 10: Coahuila, Chiapas, Durango, Guanajuato, Hidalgo, Estado de México, Michoacán, Nuevo León, Sinaloa, Sonora, Tamaulipas y Tlaxcala.

- ⇒ De 10 a 15: Baja California Sur, Campeche, Colima, Chihuahua, Distrito Federal, Guerrero, Jalisco, Morelos, Nayarit, Oaxaca, Puebla, Quintana Roo, Tabasco y Yucatán.

- ⇒ Más de 15: Baja California y Veracruz.

En México la mortalidad por cáncer cervicouterino ha disminuido en los últimos años, sin embargo, los niveles actuales de mortalidad (veinte por cada cien mil mujeres de veinticinco años y más) todavía ubican a nuestro país en el grupo de alta mortalidad por esta causa.

Estas cifras demuestran que nuestro país aún no está capacitado para tratar muchas de las enfermedades que aquejan a la población, debido a que no contamos con los recursos para poseer los nuevos avances tecnológicos. Además cabe destacar que en el Distrito Federal se cuenta ahora con la más alta proporción de adultos mayores, de acuerdo con las estimaciones del Consejo Nacional de Población, uno de cada diez habitantes tiene sesenta años o más de edad, lo que implica una gran responsabilidad y si bien es cierto que la asistencia médica es proporcionada por el Estado, ya no se dan abasto y no debemos dejar de mencionar todos aquellos que no cuentan con dicho servicio. El actual presidente de la República, Vicente Fox, en su tercer informe de gobierno manifestó que serán creados nuevos centros de asistencia médica lo que podría constituir un avance significativo.

Sin embargo, muchos de éstos problemas en torno al origen y fin de la vida crean serios problemas éticos, humanos y legales (fecundación in vitro, ingeniería genética,

congelación de órganos), incluso en nuestro derecho mexicano, los legisladores han incluido en el Nuevo Código Penal para el Distrito Federal apartados que hablan sobre delitos de procreación asistida, inseminación artificial y manipulación genética.

Desde la antigüedad los médicos ha sido considerados como los protectores de la vida humana, es cierto que el médico debe luchar para evitar el sufrimiento y la muerte, pero ello no quiere decir que debe intentar absolutamente todo para evitarlo, ya que no tiene caso esforzarse por conservar la vida de un enfermo que ya no va a recuperarse, resultando inútil y cruel, pues la única finalidad es alargarle la vida a costa de grandes sufrimientos, perdiendo la vida digna que hasta ahora se había llevado. Al hablar de eutanasia, siempre se piensa que son los médicos los que deben ejecutarla.

En el año de 1949, en Francia la Academia de Ciencias Morales y Políticas emitió una resolución que decía que los médicos que tienen como efecto provocar por compasión en los moribundos una muerte dulce y tranquila, deben ser desechados, ya que el médico tiene el deber en cuanto a sus posibilidades técnicas se lo permitan atenuar las angustias y horrores de la agonía cuando se originen. En estas circunstancias el médico debe esperar a que sobrevenga la muerte en medio de sus cuidados, pero jamás siendo lícito el hecho de provocarle la muerte deliberadamente; afirmaron también que al médico no siempre le es posible diagnosticar médicamente con plena certeza la incurabilidad de un paciente, su verdadera misión es curar, ya que la esperanza es uno de los fundamentos de la medicina.

Hay enfermos que esperan que el médico alivie su sufrimiento por grave que sea, y hay otros que agotados por las torturas (tales como entubamientos, sondas e inyecciones) suplican al médico que suspenda todo y que los deje morir en paz, incluso existen personas que previendo dichas situaciones elaboran cuando están sanas, instrucciones calaras y precisas sobre que llegado el caso no se les someta a procedimientos extraordinarios para prolongar su vida y se les eviten las molestias de una terapéutica encarnizada.

El médico tiene la obligación de con su paciente de recuperar la salud, con el objeto de mejorar la calidad de vida o en detener el deterioro de la misma cuando existe un proceso de

enfermedad. Por lo anterior consideramos que el problema no es cuando la enfermedad responde al tratamiento médico sino que el dilema moral se da cuando a pesar de todo tratamiento, la vida decae y se produce un incremento del sufrimiento físico.

En la conferencia sobre eutanasia , celebrada en New York en el año de 1974, se catalogaron ocho niveles de actitudes y opiniones sobre las iniciativas humanas que pueden ejercitarse en el caso de un paciente que agoniza de una enfermedad incurable, estos niveles son:

- Negativa absoluta a provocar cualquier iniciativa en el moribundo o agonizante. La vida debe considerarse siempre como el valor humano fundamental.
- Una negativa cualificada, en la que el médico pueda abstenerse de emplear medios extraordinarios para conservar la vida, si bien puede hacer lo posible para mantener la vida por medios ordinarios.
- Negativa a iniciar un tratamiento a un paciente que padece una enfermedad incurable y contrae una intercalada curable.
- Interrupción del tratamiento con consentimiento cuando el paciente expresa su deseo de que no se le siga tratando.
- Interrupción del tratamiento sin consentimiento cuando el médico a cargo considere que seguirlo sólo puede alargar el tratamiento y sufrimiento.
- Dejar al alcance del paciente una dosis excesiva de narcótico o sedante, ayudando así al agonizante a que se quite la vida.
- Previamente el paciente da permiso al médico para que le administre una inyección en determinada circunstancia, de la que no se recuperará.

- Sin consentimiento y por decisión personal, el médico quita la vida al paciente con una dosis excesiva de droga.

En los niveles presentados anteriormente existen diversas graduaciones de eutanasia tanto pasiva como activa. Además sostiene que la sociedad puede pedir que los médicos sean humanos y no meramente científicos; que los mecanismos de mantenimiento de la vida y otros aspectos de la tecnología médica moderna no se apliquen cuando no hay esperanza; y, que cuando el paciente padece fuertes dolores sea aliviado con medicamentos aunque éstos abrevien su vida.

La medicina legal es uno de los instrumentos que ayudan al derecho penal en una mejor impartición de la justicia, tiene por objeto ayudar en los actos penales. En esencia es la medicina aplicada a resolver problemas médicos planteados en el ámbito penal.

José Alcocer Pozo la define como el arte de hacer relatos para la justicia²⁹ y Basile dice que la medicina legal es la disciplina que efectúa el estudio teórico y práctico de los conocimientos médicos y biológicos necesarios para la resolución de problemas jurídicos, administrativos, canónicos, militares o provisionales con utilitaria aplicación propedéutica a estas cuestiones.³⁰

Rafael de Pina la define como la rama de la ciencia médica que tiene por objeto el estudio de los problemas que se plantean en el proceso penal con ocasión de los delitos contra la vida y la integridad personal, con la finalidad de ilustrar al juez para la resolución que en cada caso proceda.³¹

El diccionario enciclopédico Quillet nos dice que la medicina legal son las ciencias médicas aplicadas para las pericias de los tribunales. Otra definición es que se entiende a la

²⁹ ALCOCER POZO, José. Medicina legal, conceptos básicos. Ed. Limusa. México. 1993. p.28

³⁰ BASILE, Alejandro. Fundamento de medicina legal. 2º ed. Ed. El Ateneo. Buenos Aires. 1991. p. 1

³¹ DE PINA. Rafael. Op. cit. p.352

medicina legal como una disciplina que utiliza la totalidad de las ciencias médicas para dar respuestas a cuestiones jurídicas.³²

Las ramas de la medicina legal son:

- 1.- Tanatología: contempla lo relacionado con la muerte y el cadáver.
- 2.- Traumatología médico legal: estudia lo relacionado con las lesiones y las muerte violentas.
- 3.- Asfixiología: analiza las muertes por asfixia, la falta de introducción de oxígeno a la sangre.
- 4.- Obstetricia forense: estudia las cuestiones referentes al embarazo, el parto, puerperio y aborto.
- 5.- Psiquiatría forense: estudia la capacidad mental de las personas en el ámbito legal.
- 6.- Sexología médico legal: estudia lo referente a delitos sexuales.
- 7.- Medicina social: analiza los accidentes de trabajo, enfermedad profesional y todo aquello que signifique un infortunio propio del trabajo.
- 8.- Toxicología: estudia lo relacionado a intoxicaciones y envenenamientos .
- 9.- Patología: estudia las alteraciones en los tejidos.

2.- LA ÉTICA DEL MÉDICO.

El objetivo principal de la profesión médica es el de prestar servicio a la humanidad observando un respeto absoluto a la dignidad del hombre. Los médicos deberán

³² <http://www.medicina.4t.com/>

hacerse dignos de confianza demostrándola a los pacientes encomendados a su cuidado dedicándole a cada uno de ellos todo su saber y su devoción, entonces termina por establecerse una relación positiva médico-paciente, mientras más cercana y adulta mejor para alcanzar los objetivos ya mencionados de la medicina.

En nuestra generación se ha hecho tan complejo, que la relación médico-paciente original se encuentra gravemente amenazada con transformarse en algo muy distinto. Pero a pesar de la amenaza, todavía es válido decir que la esencia y la naturaleza de la medicina se definen en función de la relación médico-paciente.

Los médicos deben esforzarse continuamente por mejorar su habilidad y conocimiento médico, poniendo a disposición de sus pacientes y sus colegas los beneficios de sus logros profesionales. El médico debe ejercer una terapéutica basada siempre en conocimientos científicos y jamás violar este principio. La profesión médica deberá proteger al público y asimismo de aquellos médicos que exhiban una deficiencia o carencia moral o de capacidad profesional. Los médicos deben observar todas las leyes, mantener en alto la dignidad, el prestigio y el honor de la profesión, así como aceptar las disciplinas que este tipo de profesión exige que se imponga voluntariamente quien se precia de practicarla.

La ética médica laica son los principios morales y las reglas de comportamiento que controlan y regulan las acciones de los médicos cuando actúan como tales, derivados únicamente de los objetivos de la medicina, sin participación o influencia de otros elementos no relacionados con esos objetivos. Estos otros elementos son de dos tipos: los englobados dentro de la ética general o normativa, que son válidos no sólo para los médicos sino para todos los sujetos humanos, y los incluidos en la ética trascendental o religiosa, que son válidos sólo para los que comparten las creencias propias de las distintas ideologías religiosas (católica, protestante, judía, musulmana, budista, entre otras).

La mayor parte de los textos de ética médica son mezclas de principios y normas derivadas de estas tres esferas de la ética: la laica, la general y la trascendental. Las dos primeras pretenden apoyarse en la razón y están abiertas al análisis y a la discusión basada en

argumentos históricos o actuales, pero siempre objetivos, mientras que la tercera emana del dogma y se basa en la fe, por lo que no está sujeta a discusión.

Existen cuatro principios o reglas de comportamiento, que el médico debe observar para que su actuación profesional pueda considerarse como ética:

1) Estudio continuo: el médico tiene la obligación de mantenerse al día en los conocimientos y las habilidades técnicas de su especialidad, con objeto de ofrecerle a su paciente la mejor atención posible en cada momento, por medio del estudio continuo de la literatura médica científica, la asistencia a cursos especializados, a congresos y otras reuniones profesionales, así como a las sesiones académicas pertinentes. No hacerlo es una falta grave de ética médica que no sólo impide que la relación médico-paciente se de en forma óptima sino que puede llegar hasta los delitos de negligencia o de incompetencia médicas.

2) Docencia: la palabra doctor se deriva de la voz latina *docere*, que significa enseñar; para que la relación médico-paciente sea óptima el doctor debe instruir a su enfermo, a sus familiares y a sus amigos, sobre todos los detalles de su padecimiento, de sus causas, de sus síntomas, de su tratamiento y sus resultados sean positivos o negativos, de su pronóstico; debe instruirlos una y otra vez, tantas como sea necesario para sembrar y reforzar la confianza del paciente. Pero la obligación ética docente del médico no se limita al círculo restringido de sus enfermos, sus familiares y amigos, sino que abarca a todos aquellos que puedan beneficiarse con sus conocimientos especializados: colegas, enfermeras y otro personal de salud, funcionarios, estudiantes y el público en general, como ya lo mencionamos con anterioridad.

3) Investigación: el médico tiene la obligación moral de contribuir, por supuesto, en la medida de sus posibilidades a aumentar el conocimiento científico en que se basa su propia

práctica profesional y la de sus colegas. El médico debe actuar con sentido crítico y pensamiento racional, o sea dentro de un marco científico, sin dejarse llevar por corazonadas o datos anecdóticos. De eso dependerá que la medicina progrese, contribuyendo a que la relación médico-paciente sea cada vez mejor y más eficiente.

4) Manejo integral. El médico debe tener siempre presente que el enfermo acude a solicitarle ayuda para que lo cure o lo alivie de su padecimiento, lo que es algo distinto de su enfermedad, aunque el primer término incluye al segundo. Si la enfermedad se diagnostica y se trata en forma adecuada, la mayor parte o todo el padecimiento se irá aliviando. El resto de la carga que agobia al paciente también necesita ser identificada, examinada y manejada por el médico con delicadeza, discreción y respeto, porque el enfermo acudió a solicitar ayuda para que le resolvieran su problema, porque él no podía hacerlo solo.

El médico que no se involucra en su atención con el padecimiento integral del paciente, sino que se conforma con diagnosticar y tratar la enfermedad, o que lo abandona cuando ya ha agotado sus recursos terapéuticos curativos o paliativos, está cometiendo una grave falta de ética médica al no cumplir con los objetivos de la medicina, está ignorando su obligación profesional de curar, o aliviar cuando no se puede curar, de siempre apoyar y consolar al enfermo, y de evitar las muertes prematuras e innecesarias.

Incluso existe un Código Internacional de Ética Médica adoptado en Londres en el año de 1949, enmendado en Sydney en 1968 y en Venecia en 1983 que establece:

- Deberes generales de los médicos: El médico mantendrá siempre el más alto nivel de conducta profesional. El médico no permitirá que el ejercicio libre e independiente de su juicio profesional en favor de sus pacientes quede influido por motivos de ganancia. En todo tipo de práctica médica, el médico procurará prestar su servicio profesional con competencia, con plena independencia técnica y moral, y con compasión y respeto por la

dignidad del hombre. El médico debe tratar con honradez a sus pacientes y colegas y se obliga a denunciar a los médicos débiles de carácter o deficientes en competencia y a los que incurran en fraude o engaño.

- Se consideran faltas de ética las siguientes prácticas: La publicidad hecha por el médico, a menos que esté permitida por las leyes del país y por el Código de Ética de la asociación médica nacional. Dar o recibir una comisión u otra ventaja por haber enviado un enfermo a un colega, o por dirigir al paciente a determinada farmacia o establecimiento. El médico deberá respetar los derechos de los pacientes, de los colegas y de los otros profesionales de la salud, y protegerá las confidencias de sus enfermos. El médico, cuando administre cuidados profesionales que puedan debilitar la condición física o mental de su paciente, sólo lo hará para beneficio del enfermo. El médico obrará con suma cautela al divulgar, a través de canales no profesionales, sus descubrimientos, nuevas técnicas o remedios. El médico certificará sólo lo que haya comprobado personalmente.

- Deberes de los médicos hacia los enfermos: Preservar la vida humana, el médico tendrá siempre presente dicho deber. El médico debe a su paciente una total lealtad y todos los recursos de su ciencia. Siempre que un médico vea que alguna exploración o tratamiento sobrepasan su capacidad, deberá pedir la ayuda de otro médico que tenga la habilidad necesaria. El médico guardará secreto absoluto sobre todo lo que sabe acerca de su paciente, aun después de la muerte de éste. El médico tiene la obligación humanitaria de prestar auxilios en caso de urgencia, a no ser que esté seguro de que otros médicos pueden y quieren prestar esos auxilios.

- Deberes de los médicos entre si: El médico se portará con sus colegas como quisiera que sus colegas se portaran con él. El médico no puede atraer hacia sí los pacientes de sus colegas. El médico observará los principios de la Declaración de Ginebra aprobada por la Asociación Médica Mundial.

En México, el Código de Ética Profesional tiene como función sensibilizar al Médico para que el ejercicio profesional se desenvuelva en un ámbito de honestidad, legitimidad y

moralidad, en beneficio de la sociedad. Sin perjuicio de las normas jurídicas plasmadas en las leyes que regulan el ejercicio de las profesiones y el cumplimiento de las obligaciones surgidas de los contratos de prestación de servicios profesionales, es deseable que un sentido ético prevalezca en el ánimo de quienes tienen el privilegio de poseer los conocimientos y habilidades propios de una profesión. Para alcanzar este objetivo, se debe contribuir solidariamente al reencuentro de nuestra identificación con los valores que propicien una vida digna, justa e igualitaria, pero también se debe estar convencido del compromiso que se contrae al recibir la investidura que acredita para el ejercicio profesional.

Puede y debe ser propósito esencial de los Colegios de Profesionistas tener una presencia gremial en el ejercicio de las profesiones, capaz de contribuir a que se realicen como una expresión fructífera de los más altos valores morales y sociales. Los profesionistas agrupados en Colegios y desde el ascendiente social y moral que éstos tienen en los ámbitos de cada una de las profesiones, deben propiciar que su ejercicio se desenvuelva en planos morales elevados y con plena observancia de las normas legales aplicables.

La voluntad de adherirse a un código ético de conducta se determina por el valor que se atribuye y se reconoce a la razón de ser de la norma, que no es otra que el bien cultural y social que resguarda. Así, la opinión o valoración respecto de este bien es indispensable para formar la voluntad de aceptar o rechazar la norma ética y comprometerse a cumplirla. La fuente de la norma ética es entonces, la propia conciencia del individuo o del grupo que a ella se adhiere, formada por los valores heredados de la tradición y asimilados en la vida, que inspiran actitudes de comportamiento congruentes con la dignidad, con lo que es virtuoso, trascendente y honorable.

Igualmente se debe señalar que como consecuencia de una mala práctica profesional ética, el profesionista enfrenta el alejamiento de sus colegas, asesores y trabajadores, así como el aislamiento y desprestigio en la comunidad profesional. Como en todo evento humano los usos y las costumbres marcan reglas sociales aceptadas en su momento, las cuales se van modificando con la evolución de la misma sociedad.

Asimismo fue elaborado un código de conducta para el personal de salud en el año 2002, creado por la Secretaría de Salud y con la participación de la Subsecretaría de Innovación y Calidad, la Comisión Nacional de Bioética, el Instituto Mexicano del Seguro Social, El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado, la Coordinación General de los Institutos Nacionales de Salud y la Dirección de Vinculación con Gobierno y Sociedad de la SECODAM, con el objeto de que guíe sus actividades y acciones, con el propósito de contribuir a mejorar la calidad de los servicios y favorecer la satisfacción de los pacientes y de la comunidad, así como de los profesionales que los atienden, de manera tal que se incremente la confianza en las instituciones y en su personal. De esa forma este documento es una contribución más para aumentar la efectividad y la eficiencia de los servicios y el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles en el marco de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud.

El Código de Conducta especifica el comportamiento ideal de los profesionales de la salud, interpretando las normas morales y de trato social que ancestralmente han caracterizado a quienes profesan alguna de las carreras de la salud; asimismo, identifican la práctica humanista y en su conjunto configuran la imagen y el prestigio de quienes integran los equipos de salud. Estas conductas propician también la armonía en el desempeño individual con el del grupo responsable de prestar los servicios. La concertación del Código de Conducta y su utilización por el personal de todas las instituciones oficiales que proporcionan servicios de salud, es la respuesta de los mismos profesionales de la salud a la demanda de atención de la población. Se cumple de ese modo con la obligación de las instituciones públicas de elaborar y emitir un código de conducta específico, que delimite la actuación que deben observar sus servidores públicos en situaciones concretas atendiendo a las funciones y actividades propias de cada institución.

Del mismo modo, el Código de Conducta del Personal de Salud propicia el logro de los objetivos, funciones y metas que tienen asignadas las instituciones y, tienden a favorecer de manera racional la aplicación y el cumplimiento de la normatividad en la operación de los servicios a su cargo. El Código de Conducta que se ofrece hace públicos los estándares de conducta profesional de su personal que coadyuven a la prestación de servicios con altos

niveles de calidad. Establece una guía de comportamiento esperado del personal, siempre con referencia a las prácticas comúnmente aceptadas en las profesiones de la salud y a las obligaciones laborales contraídas y se basa en los principios fundamentales de la bioética, como son: la beneficencia, la no maleficencia, la autonomía, la equidad y justicia y, el respeto a la dignidad humana. Abre la posibilidad de que tanto las conductas como las prácticas, sean ajustadas al nivel de operación de la unidad de servicios de salud de que se trate. Fortalece, asimismo, la identificación del personal con su profesión y con la institución donde labora.

Ayuda a prevenir la aparición de conductas profesionales reprochables y la comisión de faltas a la ética establecida. Igualmente favorece el desarrollo profesional y grupal de los equipos de salud dentro de la institución. El Código de Conducta convoca igualmente al desempeño coordinado y co-responsable de las diferentes áreas de las unidades de prestación de servicios de salud y, destaca la integridad profesional como eje en la prestación de los servicios, de igual forma enfatiza el trato cálido y amable a los pacientes, junto a la mejor utilización del tiempo y de los recursos disponibles para beneficio de la población mexicana.

Se conforma de estándares de comportamiento que son las obligaciones morales y de trato social que asume el personal de salud al prestar sus servicios cotidianos y de excepción y que se dividen en:

A. Estándares de trato profesional: Describen las conductas de los integrantes de los equipos de salud y de sus líderes, ante situaciones cotidianas y de excepción, en la práctica profesional comúnmente aceptada de las ciencias de la salud y esperadas por la población que recibe sus servicios.

B. Estándares de trato social: Se refieren al tipo de comportamiento de los profesionales de la salud en su relación con los pacientes, sus familiares y responsables legales.

C. Estándares de conducta laboral: Comprenden los comportamientos esperados de los integrantes de los equipos de salud, de sus líderes naturales o formales y de los directivos en su relación con la institución donde laboran y con sus compañeros de trabajo.

D. Estándares en la formación y Desarrollo de personal e investigación: Se trata del comportamiento de los miembros de los equipos de salud, relacionado con las actividades de formación de nuevo personal y de actualización para el desarrollo o capacitación para el trabajo, y también de investigación científica para la generación de nuevo conocimiento o mejor comprensión de la realidad circundante.

En el siglo pasado, la profesión médica se negó a colaborar en la eutanasia activa y directa, dicho siglo ha sido sacudido por diversos fenómenos sociales que han conducido a inversión, erosión e intimidación de los valores, sin embargo la Asociación Médica Americana revela que el porcentaje de petición de práctica de eutanasia ha sido elevado considerablemente.

Ocasionalmente se señalan dos objeciones médicas racionales a la eutanasia: la primera, que la solicitud de un paciente para que el médico termine con su vida puede ser el resultado de una depresión transitoria, que puede desaparecer cuando el enfermo mejora o se alivia su dolor y otras molestias; y segunda, es muy difícil para el médico estar completamente seguro de que un enfermo en estado terminal no puede salir adelante, aunque sea por poco tiempo, en condiciones que le permitan disfrutar de sus seres queridos o tomar decisiones relacionadas con su propia vida y sus intereses. Dichas objeciones hacen hincapié en la incertidumbre que acecha a todos los actos médicos, del peligro de confundir un juicio del médico sobre la realidad, con la realidad misma.

Pero aún tomando muy en cuenta las objeciones médicas señaladas, tarde o temprano se llega a situaciones en las que el suicidio asistido o la eutanasia son las únicas formas de ayudar al paciente a acabar con sus sufrimientos y a morir en forma digna y de acuerdo con sus deseos.

Considerando los objetivos de la medicina, el dilema ético médico planteado entre el suicidio asistido y la eutanasia, por un lado, y su rechazo, por el otro, en casos que cumplen con las características de irreversibilidad y de solicitud consciente y reiterada de terminar la vida, sea por sufrimientos insoportables o por la anticipación de una muerte indigna precedida por la destrucción progresiva del individuo, debe resolverse a favor del suicidio asistido y la eutanasia en nuestra opinión. De esa manera se cumple con la función de apoyar y consolar al paciente, ya que no se le puede ni curar ni aliviar. No hay ninguna razón ética médica para que el médico se rehúse a contribuir con sus conocimientos a terminar con la vida de un paciente cuando éste ya no desea seguir viviendo por las causas mencionadas, o cuando su inconsciencia no le permite solicitarlo pero los familiares cercanos conocen sus deseos.

El concepto popular de que la función del médico se limita a “ luchar contra la muerte ”, aparte de no ser correcto, lo coloca en la incómoda posición de perdedor obligado, porque en última instancia la muerte siempre saldrá ganando, las relaciones del médico con la muerte son bastante más complejas.

4.- EL DOLOR Y LA MUERTE.

El dolor y la humanidad van tomados de la mano, es difícil encontrar datos escritos que hagan referencia al dolor en un sentido histórico, pero así lo acredita la experiencia personal de cada uno de nosotros y la literatura universal, en la que la experiencia del dolor es no sólo motivo de inspiración, sino objeto de reflexión constante. ; dentro de nuestra sociedad con alta influencia judeocristiana podemos encontrar en un libro de amplia antigüedad aceptada lo siguiente: "A la mujer le dijo: multiplicaré en gran manera los dolores de tus preñeces...", verdad para millones de seres humanos, sin fundamento racional para otros podemos ver que el ser humano interpreta al dolor como una carga lacerante difícil de llevar equivalente a un castigo. Si bien existe el dolor, la humanidad ha buscado su alivio, la planta de la amapola fue cultivada en las civilizaciones antiguas de Persia, de Egipto y de Mesopotamia. La evidencia arqueológica y las semillas fosilizadas de amapola sugieren que el

hombre de Neanderthal pudo haber utilizado la amapola de opio hace treinta mil años, la primera referencia escrita conocida de la amapola aparece en un texto sumerio alrededor del 4.000 a. C.

Podemos notar que las distintas culturas en el mundo han buscado remedios para el dolor, en el continente Euro-asiático-africano el opio, en el extremo oriental aparte del opio se utilizó la acupuntura; En América es muy conocido el uso de las hojas de la coca para dolores abdominales y los nativos del área del Amazonas han utilizado tradicionalmente la *Psychotria colorata* para diversos procesos alérgicos. Paracelso conocía la utilidad del opio y preparó la primera tintura conocida como láudano. Friedrich Sertüner aisló la morfina del opio. Podemos continuar hasta llegar a la época actual, la era de los potentes analgésicos sintéticos y semi-sintéticos, pero imitando principalmente a los analgésicos que la misma naturaleza ha determinado: las endorfinas y la morfina.

Existe un dolor físico que es cuando algo nos pasa, nos tocamos y nos duele en alguna parte del cuerpo y nos causa miedo; y, el dolor del alma que si bien no se ve, causa incertidumbre, vacío y angustia. A lo largo de toda la existencia, el dolor físico o moral está presente de forma habitual en todas las biografías humanas: absolutamente nadie es ajeno al dolor. El producido por accidentes físicos pequeños o grandes es compañero del hombre en toda su vida; el dolor moral (producto de la incomprensión ajena, la frustración de nuestros deseos, la sensación de impotencia, el trato injusto, etc.) nos acompaña desde la más tierna infancia hasta los umbrales de la muerte.

El dolor crónico es uno de los problemas de salud más graves y generales a los que se enfrenta la sociedad de este siglo y del que viene. Porque mina y deteriora considerablemente la calidad de vida de quienes lo sufren y porque posee un coste social y económico muy elevado. El dolor, que cumple la función de protección y defensa del organismo, cuando es limitado en el tiempo se convierte en sí mismo en una auténtica enfermedad con alteraciones bioquímicas y estructurales del sistema nervioso en los casos en los que se cronifica y así es

como empieza el círculo vicioso del sufrimiento . A más dolor permanente, más ansiedad, depresión, irritabilidad y fatiga. Estos estados de ánimo interactúan con el dolor y acaban disminuyendo la producción de los analgésicos naturales del organismo. Es más, su constante padecimiento acaba deteriorando el sistema inmune.

Hablar de dolor crónico es apuntar la definición de la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP), la más comúnmente aceptada entre la comunidad médica: Una experiencia sensorial o emocional desagradable asociada a un daño actual o potencial de los tejidos.

El dolor agudo es la manifestación de una patología o de una lesión, dura lo que tarda la enfermedad en resolverse y obedece a una causa concreta; el crónico es de larga duración (se prolonga más allá de tres o seis meses), se debe a múltiples causas, es difícil de tratar y posee un gran impacto tanto personal y social como económico. Existen tres formas establecidas en las que se clasifica el dolor crónico: el dolor no maligno, como el lumbar y el que causa la artritis reumatoide; el que, además, es intermitente (migrañas) o el dolor crónico maligno, que está asociado a enfermedades como el cáncer y el sida. Contrariamente a lo que piensa mucha gente, los enfermos que llegan hasta las unidades del dolor no son en su mayoría pacientes con cáncer.

El dolor no es una sensación que obedezca a un patrón universal. Es una experiencia sensitiva y sensorial única para cada uno e, incluso, variable en una misma persona. Esta es una de las razones por las que no todos los pacientes responden igual a la misma terapia y es también el motivo por el que la evaluación de cada paciente es imprescindible para establecer el tratamiento más eficaz. La historia clínica del enfermo es el primer paso, luego se realiza la taxonomía del dolor: localización del mismo, su duración en el tiempo, severidad, afectación cada día, origen de la enfermedad y sistema del organismo afectado. En la mayoría de los casos, los expertos empiezan a hacer frente al dolor recurriendo primero a los tratamientos menos invasivos, para acabar con los más agresivos. Existen otros criterios que clasifican el dolor en: Dolor Fisiológico, Dolor Neuropático o Neurogénico y Dolor Psicopático o Psicogénico.

El dolor fisiológico es aquel dolor que una vez desaparecida la causa que lo provoca, aun después de varios meses o años, no hay mas dolencia. Pueden ser agudos o crónicos. El dolor fisiológico nos hace sufrir, pero no nos mata y nos defiende del medio que nos hostiga. Hay síndromes de compresión nerviosa que pueden producir dolores durante muchos años, pero que con un correcto tratamiento pueden curar en forma definitiva. Esta característica sintomática no sucede con el dolor neuropático ni con el psicogénico que si son casi siempre crónicos por definición, porque reverberan y permanecen aun después de eliminar la noxa causante. En algunos casos un dolor fisiológico con el tiempo puede transformarse en un dolor neuropático. A su vez el dolor fisiológico se puede dividir en: cutáneo cuando se origina en la piel o mucosas; dolor músculo-esquelético cuando su origen está en huesos, músculos o articulaciones; dolor visceral cuando se origina en órganos internos.

Cada uno de estos pueden presentarse de distinta forma:

- Por su calidad: Como respuesta a la intensidad del estímulo puede producirse sensaciones lancinantes, urentes, quemantes, desgarrantes o cólicos.
- Por su localización: pueden ser locales, generales, irradiados o referidos.
- Por su velocidad de conducción: puede ser dolor rápido o dolor lento dependiendo en forma proporcional al diámetro de las fibras de conducción.

El dolor neuropático es un dolor secundario a una lesión más o menos completa de las fibras sensitivas de un nervio periférico, es autogenerado, desaparecida la noxa el dolor persiste; esa característica lo diferencia del dolor fisiológico. El dolor fantasma es el dolor referido por el paciente en un miembro amputado. Las causas son complejas porque intervienen la psiquis del paciente, unidos a los recuerdos del accidente al tipo de traumatismo y si padeció severos sufrimientos y por cuanto tiempo antes de la amputación. Es importante el estado postquirúrgico del muñón y la presencia de cicatrices y neuromas.

El dolor psicogénico: son aquellos dolores que se originan en la psiquis del paciente sin causa somática aparente, con semiología dolorosa atípica, examen clínico normal y exploraciones secundarias negativas, pero que se localiza en alguna parte del cuerpo. Es importante estudiar el tipo de personalidad del paciente y su entorno para saber la relación del sufrimiento actual con la vida normal que mantenía.; constituye un síndrome o síntoma, pero no una enfermedad por definición. Es preciso no confundirlo con un dolor crónico rebelde.

Este tipo de síndrome aparece en una persona sin antecedentes de lesión somática, o si la ha padecido no podría justificar con ello los cambios que se producen en su personalidad.

Pueden comenzar las molestias siendo fisiológicas para transformarse de acuerdo con la personalidad en psicológicas. Podemos decir que un dolor es psicogénico cuando no se puede encontrar la causa y el dolor no tiene características segmentarias, puede proyectarse sobre órganos normales, generalmente se desarrollan sobre pacientes neuróticos o psicopáticos. La respuesta a los analgésicos o placebos es irregular, parece más un estado de ánimo que un sufrimiento. más deprimidos que excitados.

Dolor oncológico: constituye un capítulo especial dentro del dolor, es una contingencia frecuente en la evolución de los procesos malignos y puede convertirse en un problema clave en el manejo de la situación clínica del paciente. El dolor existe en el 65% de los pacientes cancerosos dependiendo ello de múltiples variables como la localización de la neoplasia, el tipo de cáncer, el estadio evolutivo, etc; siendo los que mas dolores producen los óseos y los que menos dolores generan las leucemias, el dolor puede ser también la primera manifestación de la enfermedad maligna no conocida o de una nueva localización de ésta. También el dolor en estos casos puede ser secundario a la terapéutica antineoplásica empleada.

Sobre la investigación del dolor se realiza un interrogatorio del paciente : Es primordial, es necesario realizar el interrogatorio siguiendo un esquema previamente establecido, para eso deberemos confeccionar una historia clínica lo mas

completa posible; un examen clínico exhaustivo; exploración neurológica y músculo-esquelética completa; con el examen se cubren tres objetivos:

- 1- Verificar carácter de agudo o crónico del dolor.
- 2- Determinar el mecanismo generador del dolor.
- 3- Evaluar el déficit funcional secundario al dolor.

Escalas de autoevaluación: existen varias escalas de autoevaluación pero la más útil y sencilla es la escala visual-analógica. En esta, el paciente deberá señalar en una línea horizontal de diez cm. la percepción individual del dolor que esté padeciendo, en la que el extremo izquierdo de la misma es nada de dolor y el extremo derecho es el dolor máximo tolerable; métodos auxiliares de diagnóstico: La evaluación del paciente con dolor puede hacerse a través de la electromiografía, potenciales evocados, termografía, radiología, mielografía, tac, rmn, escáner óseo, laboratorio bioquímico, etc. Todos debemos morir, pero si podemos salvarlo de días de tortura, esto es lo que sentimos como nuestro gran y siempre nuevo privilegio. El dolor es un amo de la humanidad mas terrible que la muerte misma.

Tabla 1. Requisitos taxonómicos para caracterizar el dolor*

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1.- Región afectada. 2.- Sistema involucrado. 3.- Características temporales del dolor. 4.- Intensidad declarada por el paciente. 5.- Etiología. |
|--|

* International Association for the Study of Pain.

33

Todos debemos morir, pero si podemos salvarlo de días de tortura, esto es lo que sentimos como nuestro gran y siempre nuevo privilegio. El dolor es un amo de la humanidad mas terrible que la muerte misma.

³³ www.euthanasia.com

El dolor afecta también en las personas que nos rodean:

a) Padres: Si el paciente es niño, joven o simplemente sus padres aún viven, el sufrimiento de éstos al ver que su ser amado padece una enfermedad crónica es grande. No es lo mismo cuando un familiar sufre un accidente y se espera confiadamente el tiempo suficiente para la recuperación de la salud o cuando el hijo padece una enfermedad terminal, se espera su desenlace, indiscutiblemente con tristeza pero se conoce la futura realidad que en el paciente con dolor crónico aparte del sufrimiento propio de la enfermedad es la incertidumbre del mañana acompañada de cierta esperanza de encontrar una cura y el desencanto de no hallarla lo que provoca un sufrimiento agregado casi cotidiano; cuando se vive con los padres en la etapa de la niñez puede ser que alguno de los dos progenitores no acepte el hecho y empiece a negar la realidad menos valorando o negando la enfermedad del hijo, es así, que tenemos a uno de los padres que no prestan suficientes cuidados o existe franca inatención al paciente provocando con ésto no solamente la tristeza del hijo, sino que también puede provocar el enfrentamiento con su pareja.

No es poco frecuente esto y se han reportado que puede ser motivo de distanciamiento de la pareja o en algunos casos favorecer el divorcio. Esta misma situación altera la relación padre-hijo debido a que el paciente se siente menos valorado y que no recibe la atención adecuada por el padre que niega la realidad; al ir creciendo el hijo puede volverse rebelde hacia el padre descuidado para llamar la atención o simplemente como un mecanismo de revancha, agudizando más el problema o distanciamiento entre ambos.

b) Hermanos: En estos el cuidado propio o común que los padres le tienen al hijo con dolor crónico se puede interpretar como favoritismo o preferencia hacia este hijo. Es pues común que surjan dificultades entre los hermanos por celos, como en cualquier padecimiento crónico el gasto o la desviación económica hacia el enfermo es mayor lo que aún cuando suene cruel; en la realidad suele presentarse, provocando malestar en los demás hermanos, aún más si la familia no está bien integrada o es disfuncional. El mismo paciente puede ser motivo de dificultades o roces debido a que su carácter puede estar afectado por su problema crónico.

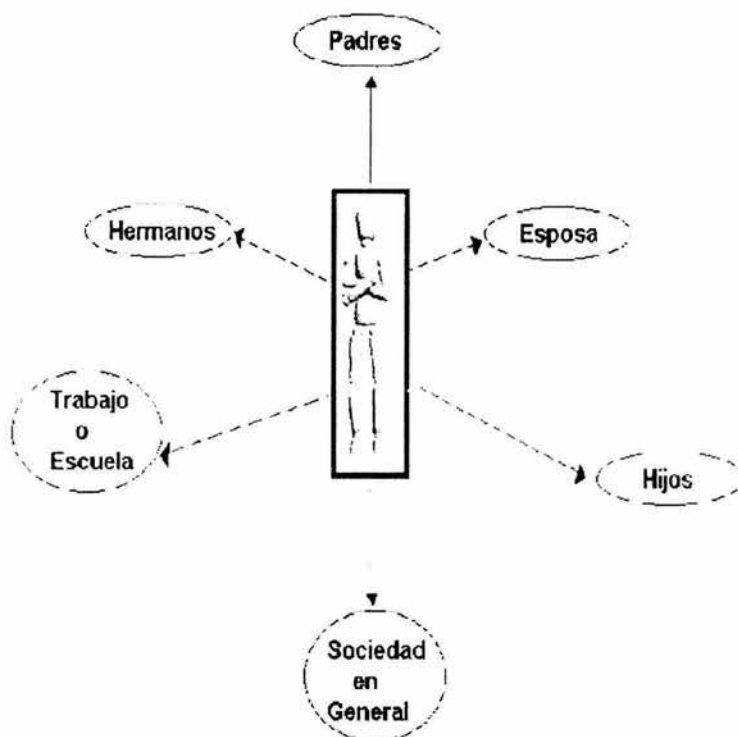
c) Cónyuge: El impacto de un paciente con dolor crónico en la pareja es diferente cuan diferentes son las parejas, sin embargo, el dolor crónico tiene gran repercusión en el carácter y ánimo de la persona que lo sufre, por lo tanto tendrá también fuerte influencia en la otra persona, cuando menos en el tiempo que conviven. Así pues puede alterar su relación persona a persona, pero su mal estado de salud puede también afectar su relación íntima como pareja, el dolor crónico es sumamente desgastante, es así como esto puede contribuir a un distanciamiento entre ambos. No hay que olvidar que el esposo(a) sano(a) puede sufrir alteraciones en su salud debido al stress ocasionado por la situación, agravando mas el estado familiar.

d) Hijos: Como ya se ha mencionado el estado de ánimo y humor varía fácilmente, es así como los hijos pueden ser blanco de estas variaciones, éstos pueden sentir agresividad por parte del padre, tal acometida no va dirigida a ellos sino que es propia de su malestar, que sin embargo, así lo siente o interpreta el hijo o los hijos, mayor aún si dentro de éstos hay alguno con mayor sensibilidad, a lo anterior hay que sumarle la falta de ánimo para jugar o efectuar alguna otra actividad similar entre padre e hijo.

El padecimiento crónico del padre puede provocar una sensación de inseguridad en los hijos debido a la pérdida continua de trabajo o dificultad de conseguir uno adecuado, lo que además de dañar la economía familiar puede provocar deseos o anhelos no cumplidos. La misma fragilidad física del padre puede provocar la sensación de inseguridad lo que puede contribuir a la formación de una personalidad insegura en el hijo.

e) Escuela o trabajo: El dolor crónico dentro de las múltiples consecuencias que provoca está el cansancio crónico, este se verá reflejado con bajas notas escolares en caso de estar en la edad escolar, o baja de rendimiento en el trabajo, lo que puede provocar falta de promoción al siguiente año escolar o pérdida del trabajo. A esto hay que sumarle el carácter áspero o difícil del paciente lo que no permitirá socializar fácilmente con los demás compañeros.

f) Sociedad en general: El impacto en la sociedad es a través de la economía, ya que el paciente con dolor crónico tiene un rendimiento menor que el promedio general y causa un egreso mayor a través de las instituciones de salud social por medio de atención médica más seguida, mayor uso de los servicios de gabinete y laboratorio y por supuesto las incapacidades con derecho de sueldo. A esto hay que agregar que como consecuencia de un padecimiento crónico y cruel el paciente puede buscar su autodestrucción o suicidio disfrazado a través de la bebida u otra droga de abuso, sumando un problema social de farmacodependencia o alcoholismo.



Por lo que respecta a la muerte, para obtener un correcto concepto del vocablo , la World Medical Association, el 9 de agosto de 1968, adoptó cuatro criterios para establecer su presencia, siendo éstos.

- 1.- Falta total de respuesta a los estímulos externos.
- 2.- Falta de tono muscular, especialmente el respiratorio.
- 3.- Descenso de la tensión arterial y,
- 4.- Electroencefalograma plano.

La Ley General de Salud en su artículo 317, manifiesta que para verificar la muerte de una persona debe existir los siguientes signos:

- I Ausencia completa y permanente de la conciencia.
- II La ausencia permanente de respiración espontánea.
- III La falta de recepción y respuesta a estímulos externos.
- IV Ausencia de reflejos de los pares craneales y de los reflejos medulares.
- V La atonía de todos los músculos.
- VI El término de la regulación fisiológica de la temperatura corporal.
- VII El paro cardíaco irreversible y,
- VIII Los demás que establezca el reglamento correspondiente.³⁴

Desde el punto de vista médico es considerada como la abolición completa e irreversible de todas las funciones vitales, es el fin del proceso evolutivo de toda materia viva.

³⁴ Ley General de Salud, 10º edición. Ed. Porrúa. México, 1994. p.63.

Desde un enfoque jurídico, la muerte constituye la extinción de la personalidad jurídica y por consiguiente la pérdida de la capacidad jurídica de las personas físicas ya que su existencia es el supuesto fundamental de toda capacidad, consta en el certificado de defunción.

Desde el punto e vista médico-legal es la cesación de la vida o el final de la existencia real, pierde la condición de persona transformándose en cosa.

Desde el punto de vista religioso es la separación del alma y el cuerpo.

Existen también otras definiciones sobre la muerte:

- Alfredo Schoval: es la consecuencia de la vida, deja de ser un estado o un instante para abarcar varias etapas de agonía, existe la muerte clínica y la muerte biológica.³⁵
- José Alcocer Pozo: habla de la muerte real, la pérdida debe ser definitiva e irreversible.³⁶
- José Torres Torrija: es la abolición definitiva de las funciones vitales de un organismo.³⁷
- Charles Darwin: es simplemente el resultado de multiplicar la probabilidad por la suerte en función del tiempo.
- Enciclopedia Ilustrada Danae: la define como el fenómeno por el que una unidad de materia organizada es absorbida por el medio en que se encuentra.
- Enciclopedia Multimedia Salvat la define como la cesación o término de la vida al igual que el Diccionario enciclopédico Quillet.

³⁵ SCHOVAL, Alfredo. Manual de medicina legal, práctica forense. 3° ed. Ed. Abeledo Perrot. Buenos Aires, Argentina. 1980. p. 207.

³⁶ ALCOCER POZO, Op.cit p.29

³⁷ TORRES, José. Medicina legal, temas para estudio. 7° ed. Ed. Francisco Méndez. México. 1976. p. 31

Existen también diversos tipos de muerte entre las que podemos mencionar se encuentra la natural, clínica, violenta, rápida, lenta, súbita, cardiopulmonar, cerebral y cortical.

1.- Muerte natural: es el fallecimiento que ha tenido lugar sin intervención de ninguna fuerza extraña al organismo, es decir es una consecuencia natural del organismo.

2.- Muerte clínica: es el cese de la actividad cardiocirculatoria y de las funciones nerviosas.

3.- Muerte violenta: es la debida a violencias, traumatismos o fuerzas extrañas al normal fisiologismo y a la patología interna.

4.- Muerte rápida: es la que se produce de forma acelerada sin que el sujeto llegue a pasar por ese periodo intermedio entre la vida y la muerte.

5.- Muerte lenta: es la que se produce tras una intensa y prolongada agonía que corresponde a los últimos momentos de la vida para proceder inmediatamente a la muerte.

6.- Muerte súbita: es la que se desenvuelve rápidamente presentándose de manera imprevista en sujetos aparentemente sanos o en enfermedades agudas o crónico latentes que pasan inadvertidas para el sujeto.

7.- Muerte cardiopulmonar: es el cese de las funciones nerviosas, circulatorias, respiratorias y termoreguladoras.

8.- Muerte cerebral: es la destrucción irreversible de ambos hemisferios cerebrales con exclusión del tallo cerebral y del cerebro.

9.- Muerte cortical: es cuando resulta irrecuperable la actividad cerebral superior, es decir la que regula la vida intelectual y sensitiva y por consecuencia la posibilidad de la vida en relación.

Desde tiempos inmemoriales ha correspondido a los médicos establecer criterios que determinan la muerte humana, en algunas regiones también se reconoce que algunos no médicos como oficiales de justicia están autorizados a determinar la muerte.

La muerte es el destino inevitable de todo ser humano, una etapa en la vida de todos los seres vivos que quiérase o no guste o no, constituye el horizonte natural del proceso vital. La muerte es la culminación prevista de la vida, aunque incierta en cuanto a cuándo y cómo ha de producirse; y, por lo tanto, forma parte de nosotros porque nos afecta la de quienes nos rodean y porque la actitud que adoptamos ante el hecho de que hemos de morir determina en parte cómo vivimos.

La muerte no es un obstáculo para la vida, sino una dimensión o fase de ella. Obstáculo para la vida es la actitud de quien se niega a admitir la naturalidad de estos hechos constitutivos de toda vida sobre la tierra, intentando huir de ellos como si fuesen totalmente evitables, hasta el punto de convertir tal huida en valor supremo: esta negación de la propia realidad sí que puede llegar a ser causa de deshumanización y de frustración vital.

La muerte es vital para la evolución biológica de todos los seres vivientes y garantiza la supervivencia del planeta. La represión de la idea de la muerte es una característica del hombre moderno, la muerte a edades más tempranas parece algo antinatural, que nos negamos a aceptar, no se debería morir hasta ser viejo. La muerte es la continuación de la cuarta edad, la última etapa de la vida, el hombre sabe que ningún avance científico podrá impedir su terminación fatal.

La postura de la Iglesia ante la muerte es que para quienes tienen fe hace tener presente a un Dios todopoderoso que ama a cada hombre, y aunque no pueden explicarse la muerte

tiene sentido, ya que la religión piensa que en el día del juicio final habrá una resurrección, así como Jesucristo murió en la cruz en medio de un terrible dolor (lo cual se dice no se trataba de un castigo divino sino el medio de perdonar los pecados), así se tiene la esperanza en Dios de alcanzar la vida eterna, porque prometió bienaventuranza a los que sufren.

Los creyentes piensan también que al morir les espera el abrazo de Dios padre, rezan por los que sufren ya que la oración es el alma más poderosa y eficaz con que cuentan, y rezan cuando mueren para que Dios perdone sus pecados y los reciba en el reino de los cielos, hacen misas y además tienen a su disposición un sacramento “ la unción de los enfermos ” específicamente creado por Dios para preparar una buena muerte.

5.- TRATAMIENTO TERAPÉUTICO Y TESTAMENTO EN VIDA.

En forma progresiva con los avances científicos y tecnológicos se logra tener diagnósticos certeros y debida atención al enfermo sometiéndolo a cuidados que permiten sobrevivir vegetativamente a desahuciados y con muertes aparentes, lo cual lleva a una práctica mecanicista, con una crisis de valores que lleva a la deshumanización sin ideal del médico que es hacia un servicio al hombre, en su vida y salud, lo cual debe realizar con amor, tomando en cuenta valores relacionados con la enfermedad como son el sufrimiento y la muerte.

En las escuelas de medicina, se enfoca la enseñanza hacia el aspecto biológico, sin tomar en cuenta el enfoque psíquico, social y espiritual. El paciente es visto como un objeto y no como una persona humana, con lo que se pierde la relación médico paciente, por lo que en un buen número de veces el paciente no tiene médico y el médico no encuentra al paciente.

La expresión obstinación terapéutica se utilizó en 1950 para designar a la acción médica que utiliza terapias cuyos efectos son más perjudiciales que el mal que se pretende

curar, o cuando el empleo de la terapia resulta inútil, ya sea porque la curación se considere imposible o porque el beneficio que se espera es menor que los inconvenientes previsibles; dicho encamizamiento se da en muchos casos, pero es más dramático en los moribundos e incurables.

Sobre el aspecto legal, el supuesto general en derecho es que todo paciente adulto y en sano juicio es libre de acudir o no acudir al médico y aceptar o rechazar el tratamiento. Esta libertad de rehusar el tratamiento en adultos tiene algunas limitaciones, ya que debe ceder en determinados casos como vacunas o enfermedades infecciosas que desencadenaran epidemias y se pusiera en riesgo la salud pública. Otra limitación surge cuando se daña a terceros, sin embargo en el caso de la eutanasia consideramos que debe prevalecer la libertad del paciente de rehusar el tratamiento.

El derecho del enfermo para defenderse del encamizamiento terapéutico comienza a legislarse en diferentes ámbitos, principalmente en Europa, ya que entienden que las personas adultas tienen el derecho fundamental de controlar las decisiones referentes a la administración de su propio cuidado médico, incluyendo la decisión de no utilizar o interrumpir procesos de mantenimiento de la vida en casos de condición desahuciada. La legislación reconoce además que la tecnología médica moderna ha hecho posible la prolongación artificial de la vida humana más allá de los límites naturales, entiende también que en interés de proteger la autonomía individual esa prolongación de la vida puede causar la pérdida de dignidad en el paciente y dolores y sufrimientos innecesarios, mientras que no proporciona nada que sea médicamente necesario o beneficioso para el paciente.

En México podemos encontrar en todas las Instituciones Médicas carteles que muestran los derechos de los pacientes y que son avaladas por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Cruzada Nacional por la Calidad y Salud:

1. Recibir atención médica adecuada.
2. Recibir trato digno y respetuoso.
3. Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.

4. Decidir libremente sobre su atención.
5. Otorgar o no su consentimiento para procedimientos de riesgo.
6. Ser tratado con confidencialidad.
7. Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.
8. Recibir atención médica en caso de urgencia.
9. Contar con un expediente clínico.
10. Ser atendido cuando te inconformes por la atención médica recibida.

Respecto del testamento vital, la actitud y respuesta que el médico manifieste ante el testamento del paciente podrá ser un indicador muy importante para poder valorar sus intenciones y, fundamentalmente, la predisposición que tiene a respetar la voluntad de la persona que tiene ante sí.

Un paciente con las ideas claras acerca de su derecho a tener una muerte digna no debería aceptar respuestas ambiguas por parte de su médico, ni tampoco una actitud de rechazo o indiferencia acerca de este derecho. En cualquier caso, independientemente de la actitud del médico respecto al testamento vital del enfermo, éste deberá obtener una aclaración precisa de hasta dónde está dispuesto a respetar su voluntad ante posibilidades tales como realizar pruebas diagnósticas o tratamientos no deseados, control del dolor, hospitalización, alimentación forzada mediante sonda nasogástrica, tratamiento antibiótico, sedación terminal, etc., así como si queremos donar alguno de nuestros órganos con lo que también podemos dar vida a quien si tiene todavía salvación. Si un médico rechaza respetar la voluntad lícita y libremente expresada por su paciente acerca de las condiciones que atañen a su muerte, valdrá la pena modificar ese riesgo cuando todavía se está a tiempo.

Hay que tratar de poner lo que quede de vida y la propia muerte en manos de otro médico que respete a la persona y merezca su confianza.

6.- POSIBILIDAD DE SUPRIMIR EL TRATAMIENTO.

Debemos tomar en consideración siete elementos de juicio ante una enfermedad grave que son:

- * Edad, estado civil, situación en la familia y otras informaciones acerca del paciente.
- * Gravedad del deterioro físico.
- * Probabilidad de expectativa de vida.
- * Gravedad del deterioro de la facultades mentales.
- * Grado de malestar.
- * Preferencias acerca del tratamiento del paciente, si está consciente.
- * Preferencias acerca del tratamiento de la familia.

Dichas consideraciones se realizan con el fin de ayudar a los enfermos y sus familiares.

EL TRATAMIENTO PUEDE TERMINARSE...

- ✓ Si existe un consentimiento informado de todas las partes relevantes (paciente, médico, familia, hospital).
- ✓ Si existe una pérdida permanente de la función cognoscitiva y la capacidad de entender, cuando la familia y los médicos concuerdan en que no hay ya esperanza de recuperar la capacidad de pensar o la conciencia humana normal.
- ✓ Si existe una irrefutable evidencia de que la muerte biológica es evidente.
- ✓ Si existe un gran sufrimiento o un dolor que no puede aliviarse.
- ✓ Si falta la voluntad de vivir, si hay una total desmoralización o deseo de la muerte.
- ✓ Si continuar el tratamiento ya de por sí con pocas esperanzas implica un gran costo para la familia o para la sociedad; o bien graves cargas y potencial empobrecimiento de los que cuidan al enfermo.
- ✓ Si hay un limitado uso del equipo de sostén o terapia intensiva.
- ✓ Si el pariente más cercano no desea proveer a un cuidado a más largo plazo a un paciente sin esperanza.

EL TRATAMIENTO NO DEBE TERMINARSE...

- × Si todas las partes se encuentran de acuerdo en que la decisión no es justa o no es una sabia determinación.
- × Si existe la posibilidad de un falso diagnóstico, ya que la predicción del futuro de la enfermedad es una ciencia inexacta.
- × Si la predicción de la muerte varía de un médico a otro, es decir si se habla de horas o días, meses, años, etc.
- × Si debido a los adelantos de la ciencia existen analgésicos que puedan disminuir la angustia con terapia.
- × Si únicamente se está pasando por un periodo de depresión, ya que el juicio del paciente en esos momentos no es siempre en su mejor interés.
- × Si el valor de la vida se trata de cuestiones de presupuesto y se tienen los medios o la posibilidad de contar con un seguro de gastos médicos.
- × Si es que alguna acción médica es posible.
- × Si sólo se realiza por ser una carga para el personal sanitario.

El primer aspecto que debe considerarse es el de decir la verdad al paciente, a fin de que pueda participar en la decisión de continuar o no con el tratamiento y por duro que parezca, puede ser uno de los actos más valientes, humanos y liberadores. Por supuesto que la información debe darse de manera prudente e inteligente y acompañarse de una genuina compasión y solidaridad que ayude al enfermo a asimilar la comunicación y a superar las posibles consecuencias negativas.

Aquellos que son tutores legales de un incompetente (por lo general son los parientes más próximos) no deben decidir en cuanto a su preferencia, sino lo que juzgue el paciente preferiría en esas circunstancias, a no ser que no tenga datos para ese juicio. La presunción del paciente de que el médico lucha incesantemente por su vida es de suma importancia para el ánimo del paciente, ya que el aspecto psicológico depende de la confianza que se tenga hacia el médico basándose en él, la voluntad de vivir y de superar la enfermedad por parte del paciente.

El homicidio, el suicidio, la omisión juiciosa y cesar la terapia artificial de sostén conducen a la muerte, pero difieren en la intención y en el avalúo del mejor interés del enfermo, diferencias que a pesar de las semejanzas pueden legitimar la suspensión del tratamiento.

- a) Homicidio: se causa directamente la muerte de otro; la acción u omisión es dolosa o culposa; ocurre por un motivo malicioso o provocado por la pasión; la víctima desea seguir viviendo; además es ilegal.
- b) Suicidio: directamente se causa la propia muerte; la acción u omisión es dolosa; es motivado por el deseo de escapar de las actuales condiciones de su propia existencia; hay rechazo hacia la vida; la conducta es despenalizada pero no autorizada por la ley.
- c) Terminación del tratamiento desconectando la terapia de sostén: es discutible si con ello se causa la muerte del paciente; permite al paciente regresar a su estado natural, es decir se cursa la enfermedad sin algún medio que la combata; se origina motivado por el deseo de terminar con los sufrimientos en casos sin esperanza; permite la muerte a aquel que no desea seguir viviendo por causa de dolores o agonía que tarde o temprano llevarán a la muerte; es sancionada.
- d) Terminación del tratamiento por omisión juiciosa: causa la muerte del enfermo de una forma indirecta al dejar de actuar; omite la acción sabiendo que es una obligación actuar; es motivado por el deseo de terminar con el sufrimiento en casos sin esperanza al surgir una nueva enfermedad; permite la muerte por causas naturales; es un caso frecuente de la práctica médica.

Debemos distinguir cinco niveles de terapia y suspensión de terapia, en primer lugar el tratamiento heroico en el que se trata a toda costa de mantener vivo al paciente; el tratamiento activo que trata de aliviar las enfermedades emergentes, intenta sostener la vida en cuanto sea razonable; la benevolente crisis de conformidad en la que se da un tratamiento paliativo permitiendo que la muerte siga su curso, ya que no se atacan las complicaciones que surgen y

si existe una crisis hay una prudente omisión; la suspensión de la terapia en la que no hay terapia de sostén, se permite que la enfermedad siga con su camino, aunque se continúa con los cuidados confortantes y la alimentación; la suspensión total en donde se retiran los medios artificiales, pero se continúa con los cuidados paliativos y los analgésicos.

La Universidad de Drew elaboró un estudio que sirve de guía a familias, médicos y comités éticos de los hospitales para efectos de saber si debe o no suprimirse el tratamiento.

I Indicadores primarios:

- a) Pérdida permanente del conocimiento o de la comunicación.
- b) El consentimiento del paciente sea por deducción o que se encuentre documentado.
- c) Consentimiento de la familia.
- d) Consentimiento médico.
- e) Irrefutable evidencia biológica de muerte inminente.

II Indicadores secundarios:

- a) Dolor, sufrimiento y angustia mental.
- b) Insalvable deterioro físico.
- c) Limitada disponibilidad del equipo de sostén o de recursos médicos.

III Consideraciones especiales:

- a) Edad, expectativa de vida.
- b) Grado de invasión corporal de los aparatos de terapia de sostén.
- c) Costo para la familia o la sociedad.
- d) Creencias religiosas o convicciones mortales.

7.- ETAPAS PREVIAS A LA MUERTE.

Todos los moribundos pasan por siete estadios: choque, negación, cólera, depresión, regateo, aceptación y decaetaxis (las últimas etapas suelen coexistir con la esperanza). El choque se produce cuando se hace la pregunta ¿ yo ?, el orden del ser humano es desmantelado, posteriormente la negación y aislamiento, es una negación provisional por una conmoción temporal y pronto será substituida por una aceptación parcial. La negación mantenida no siempre aumenta el dolor si se aguanta hasta el final, cuando la sensación inicial de estupor empieza a desaparecer y consigue recuperarse, su respuesta habitual es: “ No, no puedo ser yo ”.

Es imposible que nuestro inconsciente reconozca que tenemos que afrontar la muerte, depende de como se le proporcione el diagnóstico, de cuanto tiempo tenga para reconocer gradualmente lo inevitable y de como se haya preparado a lo largo de su vida para afrontar situaciones de tensión, que abandone poco a poco su negación y use mecanismos de defensa menos radicales. Hay que respetar el deseo del paciente de negar su enfermedad y el tiempo que sea posible, procurando escuchar al paciente, hasta ganar su confianza.

Posteriormente el cólera, ira, rabia, envidia, resentimiento, surge la pregunta: ¿ Por qué yo ?, ¿ Y por qué no habría sido él ? Es una fase muy difícil de afrontar por la familia y el personal sanitario, ya que la ira se desplaza en todas direcciones y se proyectan contra todos los que le rodean, a veces casi al azar. El problema está, en que pocas personas se ponen en el lugar del paciente y se preguntan de donde puede venir su enojo. No se debe tomar como algo personal, sino que se debe respetar y comprender, dándole tiempo para que comprenda que es un ser valioso.

En seguida la depresión que es la etapa más larga “ ¡ si, yo ! ”, cuando el paciente desahuciado no puede continuar negando su enfermedad y el proceso avanza, su ira y su rabia serán substituidas por una gran sensación de pérdida, la cual puede tener muchas facetas que pueden dividirse en dos tipos: depresión reactiva, es la reacción que se presenta por las pérdidas reales y significativas que se dan a lo largo de la enfermedad, por la pérdida del rol

familiar, del empleo, de las capacidades físicas y mentales; y, la depresión anticipatoria, la cual, la vive solo el paciente: la tristeza que tenemos, nos metemos en nosotros mismos para ver lo que hemos hecho en nuestra vida. Buscar la intencionalidad en un análisis real de lo que hemos hecho durante la vida, tratando de saber lo que se ha hecho bien y arreglarlo en la medida de lo posible. Es una etapa de mucho llanto, es un sentimiento que puede expresarse mutuamente y a menudo se hace mejor tocando una mano, acariciando el cabello, o sencillamente sentándose al lado de la cama en silencio, o rezando una oración. La excesiva intervención de visitantes que traten de animarle, dificultará su preparación psicológica en vez de aumentarla. Este tipo de depresión es necesaria y benéfica si el paciente ha de morir en una fase de aceptación y paz. Sólo los pacientes que han podido superar sus angustias y ansiedades serán capaces de llegar a esta fase.

Posteriormente el pacto, regateo o negociación, si no se ha podido afrontar en el primer periodo y nos hemos enojado con la gente y con Dios, en el segundo, tal vez se pueda llegar a una especie de acuerdo que posponga lo inevitable, el paciente promete a Dios, a la ciencia para que le permita prolongar su vida, la pregunta es “ si, yo, pero... ” hacen promesas y juramentos; después la aceptación, contempla su fin próximo con relativa tranquilidad, está cansado y bastante débil, duerme la mayor parte del tiempo, es una fase desprovista de sentimientos, es como si el dolor hubiera desaparecido, la lucha hubiera terminado y llegara el momento del descanso final antes del largo viaje. Desea que le dejen sólo, o por lo menos que no le agiten con noticias y problemas del mundo exterior. Pide no hablar y la comunicación se vuelve más digital que oral, con un gran sentido para las personas que no se sientan incómodas en presencia de una persona moribunda. Nuestra presencia sólo es para confirmar que vamos a estar disponibles hasta el final y con ello tranquilizarle y hacerle sentir que no esta sólo. Para el visitante, se le muestra que la muerte no es una cosa espantosa y horrible, mientras más se lucha para esquivar la muerte más difícil será llegar a la fase final de aceptación con paz y dignidad.

Si los médicos y familiares supieran esto, podría ahorrarse mucha angustia innecesaria, máxime actualmente cuando es más frecuente que las relaciones de médico / paciente se basan en el consentimiento informado y en el caso del enfermo terminal, se crea una relación muy

comprometida y es el médico el que corresponde anunciar a su enfermo que no va a poder curar su enfermedad, juzgándose como el acto más sublime de la práctica médica, y probablemente el más difícil, ya que en forma implícita se deja entrever la posibilidad de morir, y más aun, porque el médico no ha sido preparado para ello, ya que en las escuelas de medicina no se enseña a como comunicarse con su enfermo.

Además, con frecuencia, los familiares se oponen a que se informe al enfermo y presionan al médico en este sentido. Por uno y otro motivo, no es raro que el médico opte por dimitir o engañar al enfermo con el consiguiente menoscabo de la relación futura entre ambos: el médico se encontrará mal, porque sabe que no está haciendo las cosas bien y le dolerá tener que mentir, y el enfermo, por su parte, porque cada vez estará más aislado, de la manera en que se informe al paciente de su situación, dependerá en gran medida el devenir de éste. Desde que el enfermo es diagnosticado hasta el final de sus días, muchos de los acontecimientos que se sucedan van a depender de la información recibida cualitativa y cuantitativamente. El enfermo dice “ está bien ”, en dicha aceptación se vislumbra otro horizonte, se comienza a aceptar otro modo de vida, y por último, la decaetaxis “ sí, yo, está bien, sin embargo...” se espera un tipo de victoria, una cura, un milagro, un avance en la tecnología.

No necesariamente todos los pacientes pasan por las mismas etapas, ni de la misma manera, ni en el mismo orden, cuando se informa al paciente que va a morir se dan tres tipos de crisis: la aguda (una gran ansiedad), crónica (vivir-morir), la terminal (conducta de huida), dichas crisis tienen que ver con la personalidad del paciente.

Por otro lado existe la agonía que es un período en el que los pacientes se encuentran en estado terrible, se caracteriza por las siguientes manifestaciones:

- ◇ Nariz afilada.
- ◇ Piel que se torna de color amoratado.
- ◇ Ojos ojerosos, hundidos y con lagrimeo.
- ◇ Disminución de reflejos sobre todo del fotomotor.

- ✧ Disminución de la presión, la temperatura y el pulso.
- ✧ La respiración se vuelve superficial, irregular, estertorosa y débil.
- ✧ La frecuencia cardíaca al inicio es débil para luego volcarse en aumento.
- ✧ En algunos casos muestra mejoría antes de fallecer.
- ✧ Puede durar minutos u horas.

8.- EL ENFERMO TERMINAL.

El enfermo terminal es aquel que presenta una enfermedad avanzada, progresiva e incurable, con fracaso del tratamiento médico específico y con un pronóstico conocido y fatal a corto plazo. El cáncer representa el mejor ejemplo, y el cual hoy en día se diagnostica prácticamente sin margen de error y se trata de dar el tratamiento más eficaz en el ámbito biológico, pero se olvida la esfera psíquica, social y espiritual del paciente y de la familia. El enfermo terminal representa un grave problema a todos niveles, especialmente para el personal de salud y las instituciones con relación a como manejar sus derechos es decir ¿ Cuándo permitir la muerte de un enfermo, sin que con ello sea un abandono cruel ?

La forma de morir ha cambiado, ya que el morir es un acto solitario, mecánico, deshumanizado; a veces hasta es difícil determinar técnicamente en que momento se ha producido la muerte, y con los avances tecnológicos se puede prolongar la vida e incluso se llegue al momento, en que una computadora tome la decisión de la vida o la muerte de un ser.

El morir en un hospital representa en muchas ocasiones morir sin dignidad, ya que el paciente es tratado como un objeto y no como un sujeto, sin derecho a opinar sobre su hospitalización, la toma de decisiones sobre su tratamiento e incluso sobre su muerte, olvidando médicos y familia que tiene sentimientos, deseos y opiniones y lo más importante de todo, que tiene derecho a ser oído. Los familiares, por su parte, sin apoyo físico o humano para estar cerca del moribundo, con un duelo deshumanizado.

Los derechos del derechos del enfermo terminal son:

- Ser tratado como un ser humano vivo.
- Recibir atención médica óptima sin que esto implique aumentar el sufrimiento inútilmente en lo posible sin dolor y consciente.
- Conocer la verdad del diagnóstico y los procedimientos.
- Derecho a un diálogo confiable .
- Participar en las decisiones relacionadas consigo mismo y no ser juzgado por ellas.
- Poder expresar sus sentimientos y abrigar esperanza.
- Recibir apoyo para lograr sus últimos anhelos.
- Ser escuchado y respetado en su silencio.
- Permanecer en compañía de sus seres queridos.
- Que se respeten sus creencias religiosas.
- A no morir solo.
- A morir con dignidad y en paz.

Cuando la evolución de una enfermedad arrastra a uno mismo, o a un ser querido, hacia un fin próximo e inevitable, ¿ es lícito adoptar cualquier estrategia médica a fin de intentar retrasar ese momento de la extinción ?, ¿ es justo mantener la vida en quien, a causa de su estado terminal, ya no es dueño de aquello que más humanos nos hace: voluntad, libertad y dignidad ?. Sin duda no se trata de imponer la opinión de los unos a los otros, ni

viceversa, pero, en cualquier caso, debajo de la discrepancia ideológica anida un aspecto básico que debería ser indiscutible: cada cual es el único dueño de su vida y de su muerte y, por ello, el único con derecho a decidir cuándo y cómo quiere poner término a un proceso vital doloroso y/o degradante del que sabe que no puede evadirse. Sólo uno mismo puede y debe decidir en qué punto y bajo qué condiciones el seguir vivo ha dejado de ser un derecho para convertirse en obligación.

Si la dignidad es una cualidad inherente a la vida, con más razón debe serlo en el entorno de la muerte, que será la última vivencia y recuerdo que le arrancaremos a este mundo al apagar nuestro postrer suspiro y también la última imagen de uno mismo que dejaremos en herencia a parientes y amigos. ¿Hace falta sufrir y hacer sufrir a quienes nos aman para pasar por este trance ? ¿ les sirve de algo, al enfermo o a su entorno familiar, una agonía larga o una progresiva pérdida de facultades que desemboca en lo meramente vegetativo ?.

En muchas culturas y en no pocas personas, incluso dentro de nuestra propia sociedad, el acto de morir rebosa dignidad, amor y hasta belleza, pero, en general, en la sociedad industrial, para tratar de hurtarle al destino un tiempo que tampoco podemos vivir la enfermedad nos lo impide, somos capaces de privarnos a nosotros de dignidad y cargar a los demás con el peso del dolor que causa que contemplar tal degradación.

Las cartas magnas de muchos países establecen que todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que en ningún caso puedan ser sometidos a tortura ni a pena o tratos inhumanos o degradantes. El texto es claro y rotundo, aunque algún segmento social, con criterio secuestrado por sus creencias religiosas, persista en una interpretación miope e interesada de este derecho fundamental que atañe tanto a la defensa de la vida, como a la de la integridad física y moral y, claro, al derecho de no tener que sufrir tratos inhumanos o degradantes; aspectos, estos últimos, que, en enfermos terminales, a menudo son vulnerados cuando se les somete a encamizamiento terapéutico. Por ello, debemos reclamar que el derecho a la vida se interprete de manera que reconozca igualmente el derecho a una muerte digna, dado que la vida impuesta por otros, sea por médicos o familiares no puede ser de ninguna manera un bien jurídico a proteger en un Estado de Derecho.

El reconocer estos derechos y ejercer con una práctica académica adecuada, con valores éticos evitaría la deshumanización de la profesión médica, y si el objetivo de la medicina es el de salvar la vida del paciente y que esta sea de la mejor calidad posible, no se debe olvidar el comprender los aspectos relacionados con la muerte, para preparar a las personas en el morir con dignidad: el proceso del buen morir.

Las necesidades que estos pacientes terminales presentan son necesidades físicas, psíquicas, espirituales o religiosas, y sociales. Las necesidades físicas derivan de las graves limitaciones corporales y, sobre todo, del dolor, especialmente en las muertes por cáncer, donde éste está presente en el 80 por ciento de los enfermos terminales. Las necesidades psíquicas son evidentes, el paciente necesita sentirse seguro, necesita confiar en el equipo de profesionales que le trata, tener la seguridad de una compañía que lo apoye y no lo abandone. Necesita amar y ser amado, y tiene necesidad de ser considerado, lo que afianza su autoestima.

Las necesidades espirituales son indudables, el creyente necesita a Dios. Es una grave irresponsabilidad civil y política que la atención religiosa de los pacientes no esté claramente presente en todas las clínicas e instituciones hospitalarias. Las necesidades sociales del paciente terminal no son menos importantes para dar sosiego al penoso trance.

La enfermedad terminal produce a quien la padece y a su familia unos gastos y no pocos desajustes familiares. Toda la atención de los componentes de la unidad familiar se concentra generalmente en el miembro enfermo y, si la supervivencia se alarga, el desajuste puede ser duradero. El paciente lo ve y también lo sufre.

8.- EL DUELO.

Nuestra sociedad vive cada vez más de espaldas a la muerte. Ante la pérdida de un ser querido, se nos incita a olvidar, a reponernos enseguida, a no sentir, a no expresar el dolor en público, a no molestar a los demás con nuestro sufrimiento... Como consecuencia de estas actitudes, son cada vez más las personas que no viven sanamente la muerte de un ser querido; vivir la pérdida es también un espacio donde aclarar dudas y temores, compartir la experiencia de duelo y recibir o dar apoyo.

El duelo es la reacción normal después de la muerte de un ser querido, supone un proceso más o menos largo y doloroso de adaptación a la nueva situación. Elaborar el duelo significa ponerse en contacto con el vacío que ha dejado la pérdida, valorar su importancia y soportar el sufrimiento y la frustración que comporta.

La intensidad y duración del duelo depende de muchos factores: tipo de muerte (esperada o repentina, apacible o violenta), de la intensidad de la unión con el fallecido, de las características de la relación con la persona perdida (dependencia, conflictos, ambivalencia), de la edad, etc. La duración del duelo por la muerte de una persona muy querida puede durar entre 1 y 3 años, sobre el duelo resuelto podemos decir que lo hemos completado cuando somos capaces de recordar al fallecido sin sentir dolor, cuando hemos aprendido a vivir sin él o ella, cuando hemos dejado de vivir en el pasado y podemos invertir de nuevo toda nuestra energía en la vida y en los vivos.

Algunas de las reacciones más comunes que suelen aparecer después de una pérdida son las siguientes, aunque dependen de cada persona por ser únicos.

Sentimientos:

- a) Negación e incredulidad: ¡ No puede ser verdad ! ¡ No es más que una horrible pesadilla ! se piensa y actúa como si el ser querido continuara vivo. No se pierde la esperanza de que vuelva, se necesita tiempo.

- b) Insensibilidad: Es como si le estuviese pasando a otro, nada parece real, la persona se siente embotada, como un autómata, incapaz de reaccionar. Este aturdimiento ayuda a ir asimilando la dura realidad.

- c) Enojo, rabia, resentimiento: surge preguntas como ¿ Por qué has permitido esto Dios mío ? ¡ Esos malditos médicos la o lo dejaron morir ! ¿ Cómo me dejas ahora con todo lo que te necesito ? ¡ Todos siguen viviendo como si nada hubiera pasado !; se está rabioso contra todos y contra todo. El resentimiento forma parte del dolor y es algo normal, no debe lucharse contra él, a medida que el dolor se vaya calmando irá disminuyendo.

- d) Tristeza: se siente una pena muy grande y todo provoca llanto. La tristeza es el sentimiento más común. Puede tener muchas expresiones: llanto, pena, melancolía, nostalgia; el llanto no es la medida del amor, sino parte de la propia expresividad.

- e) Miedo, angustia: la gente se asusta ¿ qué va a ser de mí ? Se preguntan; se sienten inquietos, confusos, desamparados, desesperados; se tiene

miedo de volverse loco, dichos sentimientos tan intensos y tan desagradables son algo natural.

- f) Culpa, autorreproches: se piensa en tantos “ hubiera ”, si al menos hubiera sido más cariñoso, llamado antes al médico, tenido más paciencia, le hubiera dicho más a menudo lo que le quiero; la lista puede ser interminable.

- g) Soledad: es como si el mundo se hubiera acabado, son tantas cosas vividas y compartidas junto al ser amado que se necesita tiempo para aprender y acostumbrarse a estar sin él.

- h) Alivio: el final de una larga y dolorosa enfermedad o relación se pueden vivir con una sensación de alivio y descanso.

- i) Sensación de oír o ver al fallecido: cuentan “ me parece que me sigue llamando por la noche, el otro día me pareció verlo entre la gente ”, son sensaciones pasajeras absolutamente normales después del fallecimiento de una persona querida.

- j) Ambivalencia, cambios de humor: se puede estar tranquilo en un momento dado y alborotado en el instante siguiente. Los sentimientos pueden ser cambiantes y contradictorios.

Sensaciones en el cuerpo, es el llamado duelo del cuerpo: náuseas, palpitaciones, opresión en la garganta o el pecho, nudo en el estómago, dolor de cabeza, pérdida de apetito, insomnio, fatiga, sensación de falta de aire, punzadas en el pecho, pérdida de fuerza, dolor de espalda, temblores, hipersensibilidad al ruido, dificultad para tragar, oleadas de calor, visión borrosa, dificultad para tragar.

Comportamientos: estas son algunos de las conductas habituales después de la muerte de un ser querido: llorar, suspirar, buscar y llamar al fallecido, hablar con el fallecido, querer estar solo, evitar a la gente, dormir poco o en exceso, distracciones, olvidos, falta de concentración, soñar o tener pesadillas, falta de interés por el sexo, no parar de hacer cosas o apatía.

Recomendaciones para sobrevivir al dolor o a la pérdida:

1.- Darse permiso para estar mal, necesitado, vulnerable: Se puede pensar que es mejor no sentir el dolor, o evitarlo con distracciones y ocupaciones pero, al final, el dolor saldrá a la superficie. El momento de que duela es ahora, aceptar el hecho de que se estará menos atento e interesado por las ocupaciones habituales o por las amistades durante un tiempo, que la vida va a ser diferente, que se tienen que cambiar algunas costumbres.

2.- Dejar sentir el dolor dentro de uno mismo: Permanecer abierto al dolor del corazón, sentir y expresa las emociones que surjan sin detenerlas, no hacerse el fuerte, no guardarse todo para uno mismo, y con el tiempo el dolor irá disminuyendo. Sentir y expresar el dolor, la tristeza, la rabia, el miedo por la muerte del ser amado, es el único camino para cerrar y sanar la herida por la pérdida.

3.- Darse el tiempo para sanar: El duelo por la pérdida de una persona muy importante suele durar entre uno y tres años, no deben hacerse expectativas mágicas, estar preparado para las recaídas. Hoy se puede estar bien y un suceso inesperado, una visita, el aniversario, las navidades nos harán sentir que estamos como al principio, que vamos para atrás, y no es así. El momento más difícil puede presentarse alrededor de los seis meses del fallecimiento, cuando los demás comienzan a pensar que ya tienes que haberte recuperado.

4.- Ser pacientes con nosotros mismos: Aunque las emociones que se viven pueden ser muy intensas y necesitar mucha energía, son pasajeras. Procuremos vivir el momento presente, por duro que sea, ser amable con nosotros mismos, recordar que el peor enemigo en el duelo es no quererse.

5.- No temer volverse loco: Podemos vivir sentimientos intensos de tristeza, rabia, culpa, confusión o abatimiento, deseos de morir, pero sin embargo son reacciones habituales y normales después de la muerte de un ser querido.

6.- Aplazar las decisiones importantes: Decisiones como vender la casa, dejar el trabajo, marcharse a otro lugar, es preferible dejarlas para más adelante. Ya que seguramente ahora no se puede pensar con suficiente claridad, y podríamos más tarde lamentarlo. No suele ser tampoco conveniente iniciar una nueva relación afectiva (nueva pareja, otro embarazo) mientras no hayamos resuelto adecuadamente la pérdida.

7.- No descuidar la salud: Pasados los primeros días puede resultar muy útil establecer un horario (hora de levantarse, comidas, hora de acostarte) y seguirlo, alimentarse bien y cuidar nuestro cuerpo, no abusar del tabaco, alcohol, tranquilizantes. No automedicarse ya que esto provoca que el duelo se cronifique.

8.- Buscar y aceptar el apoyo de otros: Seguir conectado con los otros, necesitamos su presencia, su apoyo, su preocupación, su atención, darle la oportunidad a los amigos y seres queridos de estar a nuestro lado, pueden querer ayudar, pero no saben la manera de hacerlo. Y ser paciente con ellos, a veces se siente que algunas personas no comprenden lo que estamos viviendo.

9.- Darse permiso para descansar, disfrutar y divertirse: Para sentirse bien, reír con los amigos, hacer bromas, tenemos el perfecto derecho y además puede ser de gran ayuda que busquemos, sin forzar el propio ritmo, momentos para disfrutar.

10.- Confianza: es lo mejor, saber que tenemos la capacidad para salir adelante.

Dicen que el tiempo lo cura todo, pero el tiempo, por si solo, no hace nada, lo que ayuda realmente es lo que nosotros hacemos con el tiempo. Los cuatro pasos del duelo son:

- **Aceptar el dolor:** Aunque sea la cosa más difícil que hacemos en la vida, debemos llegar a aceptar esta dura realidad: nuestro ser querido ha muerto y no va a regresar; aceptar con la cabeza es fácil, saber que ha muerto, lo difícil es aceptar con el corazón; es pues muy normal un tiempo (pueden ser meses) en el que nos neguemos o nos rebelamos contra la dura realidad. Darse tiempo, al perder toda esperanza de recuperar a nuestro familiar o amigo, será el momento de la verdadera despedida.
- **Sentir el dolor:** Necesitamos también sentirlo y todas las emociones que le acompañan como tristeza, rabia, miedo, impotencia, desesperación, culpa; no esconder el dolor, compartirlo.
- **Aprender a vivir sin la persona:** Hay tiempo para todo, para sentir y vivir el duelo, pero también para hacer, para ocuparse de las muchas actividades de la vida cotidiana; aunque sintamos que el mundo se ha parado para ti, también es cierto que la vida sigue con sus muchas y quizás nuevas exigencias. Una actitud adecuada sería aquella que busca un cierto equilibrio entre el sentir y el hacer. Así, hacer el duelo significa también aprender a vivir solo, aprender a tomar decisiones por uno mismo, aprender a desempeñar tareas que antes hacía el fallecido, aprender nuevas formas de relación con la familia y amigos, aprender un nuevo sentido del mundo y de uno mismo.
- **Recuperar el interés por la vida y por los vivos:** Llega un momento en que sabemos que es necesario soltar el dolor y el pasado. La vida nos espera llena de nuevas posibilidades. No hay nada malo en querer disfrutar, en querer ser feliz, en querer establecer nuevas relaciones.

Finalizar el duelo no es olvidar, si bien es cierto que para cada persona puede significar cosas distintas: Puede significar llegar a perdonarle y perdonarnos por todo lo que quizás no fue la relación, por todo lo negativo, por el daño causado; pensar en él o ella sin sentir ya ese latigazo de dolor y recordarle con ternura y agradecimiento por lo vivido juntos; es poder dar un sentido a todo lo que hemos vivido en estos meses o años; es entender con el corazón en la mano que el amor no se acaba con la muerte y en cierto modo, nunca nos recuperamos de una pérdida significativa, porque ésta inevitablemente nos cambia, pero podemos escoger si ese cambio será a mejor.

Y, ¿cómo ayudar a alguien que ha perdido a un ser querido?: evitar las frases hechas, tomar en cuenta las actitudes que no ayudan, dejar que se desahogue, permitirle hablar del ser querido muerto, mantener el contacto.

El suicidio de un ser querido: La muerte por suicidio deja tras de sí muchas preguntas: ¿por qué lo hizo? ¿Podíamos haberlo evitado? . Por más que lo intentamos, no conseguimos entender las razones que le llevaron a quitarse la vida. Es frecuente también un sentimiento de vergüenza, que lleva a no querer hablar de las circunstancias de la muerte. Algunas personas necesitan mucho tiempo solamente para pronunciar la palabra suicidio.

Nos invade también un sentimiento de culpabilidad, el sentirse mal por algo que dijiste o hiciste, la sensación de culpa es algo perfectamente normal después de una muerte de estas características, uno se reprocha el no haberse dado cuenta de lo mal que estaba y suele quedar una fuerte sensación de no haber sabido cuidarle. Después del suicidio de un ser querido, es natural sentir mucha rabia y enfado hacia la persona que nos abandonó, la decisión del suicidio fue enteramente suya. A medida que la tormenta de emociones vaya calmándose, surgirá poco a poco la aceptación, un duelo por suicidio necesita más tiempo para sanar. El sufrimiento puede enseñar a dar un nuevo sentido a la vida, a cambiar nuestros valores y tus prioridades.

9.- LA PARTICIPACIÓN DE LA ALGOLOGÍA, LA TANATOLOGÍA Y LA BIOÉTICA.

La importancia de la algología esta dado en que el dolor se encuentra en muchas enfermedades, es un síntoma sumamente desgastante, desequilibra el soma y la psique, produce un gran daño no solamente al paciente sino a los familiares, provoca grandes pérdidas económicas ya sean individuales, familiares y sociales.

A pesar de los avances tecnológicos en la medicina existen síndromes dolorosos de difícil resolución. El síntoma dolor se puede definir como: Una desagradable experiencia sensorial y emocional, asociada o no a daño real o potencial de los tejidos, descrito en términos de dicho daño. Otra definición: fenómeno complejo de origen físico-químico-biológico que provoca una sensación desagradable en el soma, psique o ambos.

En recientes años se ha acuñado el término de dolor total para referirse a la importancia del sistema psicológico en la génesis y mantenimiento del dolor. Los moduladores del dolor fueron descubiertos simultáneamente por tres distintos grupos en 1975, muy posiblemente este suceso impulsó el desarrollo de la algología como rama importante de la medicina. El tratamiento del dolor ha cambiado mucho. La práctica médica se ha sensibilizado más al dolor del paciente, es un gran avance pero falta mucho, falta comprender y aceptar el dolor de origen psicológico como un dolor verdadero y no catalogarlo como fingimiento, ésto último muestra la importancia e impacto de esta rama de la medicina en la vida cotidiana.

El médico debe de estar consciente del gran daño que le provoca al paciente que padece de dolor, principalmente de tipo crónico, cuándo lo cataloga como dolor no real o emocional, sumándole al padecimiento doloroso la incredulidad del médico y la desconfianza de quienes le rodean, ya sean familiares o simplemente compañeros de actividades diarias. Es por lo anterior que el medico y el futuro médico deberá de tener una buena comprensión del

dolor, tanto el área somático como de la psique. En algología se trata al paciente desde un punto de vista integral, donde importa sobremanera, no solo el conocer su enfermedad básica que le produce su dolor sino también su estado emocional y psicológico que presenta al sufrimiento físico ya que es importante el número de pacientes que sobrellevan una depresión secundaria a la cronicidad de su dolor.

El vocablo tanatos deriva del griego thanatos, y éste era el nombre que se le daba a la diosa de la muerte dentro de la mitología griega, logos deriva del griego logos, tiene varios significados: palabra, estudio, tratado, discurso, sentido, etc. Podemos definirla como la disciplina encargada de encontrar sentido al proceso de la muerte. En el año de 1901, la Tanatología fue considerada como una rama de la medicina forense que trataba de la muerte y de todo lo relativo a los cadáveres desde el punto de vista medicolegal.

En 1930 como resultado de grandes avances en la medicina empieza un período en el que se confina la muerte en los hospitales, y para la década de los cincuentas esto se va generalizando cada vez más y así el cuidado de los enfermos en fase terminal es trasladado de la casa a las instituciones hospitalarias, dando por resultado que la sociedad de esa época escondiera la muerte en un afán de hacerla menos visible para que no le recordara los horrores de la guerra que acababa de terminar.

Después en la década de los sesentas se realizaron estudios serios, sobre todo en Inglaterra que nos muestran que la presencia de los familiares durante la muerte de un ser querido se vio disminuido a sólo el 25%. Durante esa época se hace creer a todos que la muerte es algo sin importancia ya que al ocultarla se le despojaba de su sentido trágico convirtiéndola en un hecho ordinario, tecnicándola y programándola se le relega y se le considera insignificante.

Posteriormente se dice que la tanatología es una instancia de atención a los moribundos, a través de ella se hace sentir a los moribundos miembros útiles y valiosos de la sociedad, acuñan el lema de: Ayudar a los enfermos en fase terminal a vivir gratamente sin

dolor y respetando sus exigencias éticas . La Tanatología adquiere gran importancia a nivel mundial y México no es la excepción, la tanatología, tal y como la entendemos, es una disciplina amplísima y muy difícil de abordar por las múltiples facetas y diversos campos de análisis que interrelaciona.

El aspecto biológico prácticamente invariante, los diversos modelos culturales y personales del morir, las creencias y rituales y además aspectos sociales que configuran en nuestra civilización una cultura de evitación de la muerte, reafirmada en los debates sobre el derecho a una muerte digna que no buscan otra cosa que repensar y resimbolizar o dicho de otra manera recrear nuevos modelos de los rituales o lo que se ha querido llamar la muerte dominada. sin embargo el principal fin de la tanatología del que nos hacemos eco, es el de desmitificar la muerte y el morir aprendiendo a convivir con ella.

En este sentido participamos de la opinión de educar para la vida y la muerte a niños y niñas, adolescentes y adultos para que partiendo del conocimiento personal, cultural, social y a la luz de la ciencia podamos todos no solo vivir sino también morir con dignidad.

El tanatólogo es la persona capacitada para ayudar en el proceso de duelo, así como cualquier tipo de pérdidas significativas, al hombre que muere y a aquellas personas que lo rodean. Otra la finalidad de la tanatología es procurar que al paciente o cualquier ser humano que sufra una pérdida se le trate con respeto, cariño, compasión y que conserve su dignidad hasta el último momento. El tanatólogo debe de tener la capacidad para "ponerse en los zapatos del otro", con respeto, confidencialidad, cordialidad, en pocas palabras con calidad humana para poder ofrecer al usuario el apoyo que él busca.

Existen diversas definiciones de bioética. La bioética es la disciplina que tiene que ver con las implicaciones éticas de la investigación biológica y sus aplicaciones principalmente en

la medicina. Es, afirman otros, el estudio sistemático de la conducta humana en el campo de las ciencias de la vida y el cuidado de la salud a la luz de los valores y los principios morales.

La Bioética es el bien actuar ante los problemas planteados por el progreso biomédico; es también el estudio interdisciplinario de las condiciones que exigen una solución responsable a los problemas de la vida humana ante los rápidos y complejos progresos de la ciencia y la tecnología biomédicos. La Bioética es la ciencia normativa de la actividad profesional aceptable en el campo de la vida y de la muerte de los seres. La Bioética es la búsqueda del conjunto de normas que conduzcan al respeto y la promoción de la vida humana y de la persona en el campo de la biomedicina.

Surgió de hecho desde antes de los griegos e Hipócrates, pero como disciplina específica es muy reciente. El primer Instituto de Bioética fue fundado en 1969 en Estados Unidos y actualmente se encuentra en Nueva York, es el Centro Hastings. En 1971 la Universidad de Georgetown en Washington D.C. estableció el Joseph and Rose Kennedy Institute of Ethics y dentro de éste se creó el Centro de Bioética. Desde entonces a la fecha, se han creado más de 150 centros de bioética y el tema ha alcanzado una importancia enorme dado el impresionante desarrollo científico y tecnológico de fines del siglo XX. Existen situaciones como por ejemplo: el manejo genético de los embriones de plantas, animales y seres humanos, la clonación de seres vegetales, animales y humanos, la donación de órganos, los trasplantes de órganos, la inseminación artificial, los úteros alquilados, el diagnóstico de muerte cerebral, el robo de niños para sacar algún órgano, la despenalización del aborto, han rebasado con mucho, el campo de conocimiento de la biología misma y han invadido el campo de la política, el diálogo, la negociación, el derecho y la legislación, lo que condujo a que el estudio de la bioética fuera cada vez más especializado.

Los dos principios fundamentales e incuestionables en Bioética son:

- a) Uno objetivo que es el respeto a la vida.

b) otro subjetivo que es la libertad para la autodeterminación de la persona humana.

Los otros principios de la Bioética en orden social fundamentales pero si deseables son:

a) El principio utilitarista de alcanzar el mayor bien extensivo al mayor número de personas.

b) El principio de universalidad de que la persona humana es un fin y no un medio.

c) El principio de equidad y justicia, de anteponer la ayuda a los más necesitados.

La Bioética:

- No debe ser autoritaria.
- No debe imponer normas abstractas que ignoren la realidad.
- No deberá imponer principios prohibitivos incuestionables.
- Debe ser un código de normas útiles y prácticas.

EN BIOÉTICA	
LOS VALORES	LOS PRINCIPIOS
La vida	No matar
La dignidad de la persona	Respetar su integridad en sus instancias
La libertad del hombre	Autodeterminación

El profesional biomédico; correlaciona los valores con los principios de acción según las creencias; según su forma de concebir la vida; su forma de concebir el sufrimiento; su forma de entender al ser humano; la manera de validar su profesión médica (según las etapas de la vida, la muerte de los seres, la sexualidad y la procreación), y por último, la manera de construir la definición de ser humano.

El bioeticista podrá ser un consejero, y orientador en la toma de decisiones, tanto del equipo de salud como del paciente, apoyando el respeto a la dignidad de la persona humana.

Ante la variedad de posiciones en la libertad de autodeterminación del profesional biomédico como persona, surge la limitación de no ser del todo libre en su condición social y aparece la necesidad de un código de normas que regule su actuación; así nace la deontología médica, pero el avance de la ciencia y la tecnología médicas hace urgente hacer brillar lo humano de la ética, en especial la Bioética para adoptarla como compromiso personal dignificante para realizarse como persona, como científico. Las teorías que fundamentan a la

Bioética y los cuatro modelos que nacen de ella.

a) La teoría ontologista: Esta teoría nace de la creencia objetiva de que existe en los seres una moral intrínseca, es decir, que hay actos aceptables y condenables, de tal manera que el bien y el mal existe en las propias cosas, esta en la naturaleza de los seres.

b) La teoría utilitarista: La moral se encuentra en la búsqueda de la máxima felicidad y el alejamiento de la miseria y el sufrimiento. Todo acto que se acerque a la felicidad o se aleje lo más posible del sufrimiento y la miseria es un acto bueno.

c) La teoría deontologista: Un acto es moral porque es correcto, no porque sea bueno en sí ni útil. El bien se impone como un deber y todo aquel que quiera hacer el bien es recto. Los observadores evalúan el acto en el momento y circunstancias en el que se da.

d) La teoría personalista: Esta es una teoría que tiende a alejarse de la utilitaria, de la deontológica y de la ontológica, de manera que se trata de conciliar la objetividad y la subjetividad. El sujeto es el punto de partida y de interés, dejando atrás o fuera a una ley impuesta, se centra en los derechos fundamentales de todo ser humano para darle su lugar sobre todas las cosas.

La aplicación de estas teorías da lugar a diferentes modelos éticos, para observación práctica cada uno de ellos parte de un cúmulo particular de valores, por lo tanto tienen desiguales consecuencias al enfrentarse con los dos pilares de interés para la Bioética: El respeto a la dignidad de la vida humana y la defensa de la libertad de acción.

Los modelos éticos que pueden visualizarse son: el pragmático utilitarista, el liberal radical, el socio biológico y el personalista. La libertad es el máximo valor para el ser humano, esta se toma en cuenta ante el juicio ético. Se dice que es lícito lo que se hace libremente, lo que se acepta libremente y no daña la libertad de los demás. La dignidad humana se funda en el hecho de que el hombre es persona porque tiene entendimiento y voluntad, tiene autoconciencia de sí y autodeterminación de si mismo y porque es capaz de actuar libre y conscientemente.

Existe un código de bioética, que establece que el enfermo debe ser el centro de interés de la bioética, ya que los enfermos son personas que padecen trastornos que alteran su estado físico, emocional y social, lo que los hace particularmente vulnerables, por lo que deben recibir un trato de consideración, amabilidad y respeto y ésto mismo es aplicable a sus familiares, que comúnmente presentan angustias e inquietudes. El paciente, o su representante legal, debe ser informado por el médico tratante, con sentido humano, sobre su enfermedad, las alternativas para su tratamiento, las probables complicaciones y cómo evitarlas. Esto se debe expresarse con lenguaje claro y veraz, de forma que sea inteligible para el enfermo, lo que le permitirá ser participe en el manejo de su propia enfermedad.

La información que pudiera producir inquietud o daño psicológico al paciente debe proporcionársele con la prudencia debida, en el momento oportuno, en la extensión que el paciente determine y del modo que el equipo de salud considere más adecuada a las circunstancias para el beneficio del enfermo. La información de la enfermedad de un paciente debe guardarse con confidencialidad, salvo cuando la normatividad epidemiológica determine su notificación o que sea requerida por orden judicial o instancias legales que correspondan, la responsabilidad del manejo confidencial de los expedientes clínicos, escritos o en registros electrónicos, recae en todas aquellas personas que tienen acceso a esa información. Todo

paciente tiene derecho a que se le respete su privacidad cuando proporciona información al prestador de servicios, cuando se comunica con sus familiares o cuando su pudor así lo exige, las instituciones de salud deben contar con los medios para que este precepto se cumpla y el personal cuidará que no se quebrante.

El paciente estará informado de los nombres y cargos del personal de salud que lo trata, sobre la probabilidad de ser atendido por otras personas y dónde acudir a presentar alguna queja. El enfermo, en cualquier momento de su vida, puede expresar por escrito su voluntad anticipada para evitar que si sus condiciones no le permiten tomar decisiones o expresarlas, se le apliquen medidas extraordinarias por su alta complejidad o desproporcionadas en relación con los resultados esperados, con las que se intente prolongarle la vida, si no existen probabilidades razonables de regresar a una vida física, psicológica o socialmente aceptable.

La familia es un ámbito de relación de amor entre libertades que ayuda a la bioética, no de dominio ni de necesidad. Ya no pueden ser los médicos, ni los políticos, ni los economistas, ni tampoco los sacerdotes o los teólogos quienes detecten el monopolio de la decisión en este tipo de cuestiones, ha de ser la sociedad entera la que delibere y decida sobre ellas apoyándose en el estudio de la bioética.

La sociedad contemporánea se pregunta cada vez con mayor preocupación sobre la validez y oportunidad de innumerables intervenciones científicas, biomédicas y jurídicas que afectan profundamente a la salud, la vida y el bienestar de los seres humanos. Cada día se hace más urgente contar con profesionistas de la bioética expertos y sensibles al valor de la vida y dispuestos a promover el respeto de la dignidad humana. Sólo de éste modo se conseguirá lo que por lo demás todos consideramos imprescindible: el alumbramiento de un nuevo mundo más humano, es decir de una nueva cultura.

El beneficio que los pacientes y la comunidad obtienen de las actividades médicas se basa en el progreso de las ciencias de la salud que se fundamenta en la investigación, participar en las investigaciones es una obligación moral del personal, fuente de su propio

desarrollo. Las investigaciones básicas, clínicas u operacionales en las que interviene el equipo de salud deben apegarse a la legislación sanitaria y ser aprobadas por los comités creados ex-profeso en las instituciones donde laboran, previo análisis de los protocolos diseñados por los participantes en el estudio.

Las investigaciones promovidas por la industria farmacéutica u otros productores de insumos para la salud deben sujetarse estrictamente a las normas de cualquier investigación en humanos y asegurar a las personas involucradas el máximo beneficio durante la investigación, cumpliendo además con la normatividad y justificando su realización.

CAPÍTULO V

PROPUESTAS DE LEGALIZACIÓN.

1.- NECESIDAD DE LEGISLAR SOBRE LA EUTANASIA.

Este trabajo versa en la inquietud de una posible reglamentación a la aplicación de la eutanasia a la cual pensamos que la ley pretende quedarse ajena por motivos de moral, ya que diariamente es practicada a diversidad de personas en los centros de atención médica sin que exista una preocupación desde el punto de vista jurídico de los efectos que le ocasionan al sujeto activo de ésta. No es sencillo tratar de sufrir en la conciencia de ideas de las personas, para que actúen de determinada manera al momento de tener que decidir sobre la vida de otro ser humano. Se postula el derecho a la vida y a la muerte misma que se expresa como impotencia o poder, ambos que derivan uno del otro.

Primordialmente, la necesidad de legislar sobre eutanasia, radica en la problemática que día a día se suscita en instituciones de salud donde el paciente de mal pronóstico, o sea aquel enfermo en el cual las posibilidades de restablecimiento o mejoría ya no existen, por lo tanto éste es sometido a un sufrimiento a respiradores artificiales u otra clase de aparato y tratamiento que tan sólo prolongan el sufrimiento, aunado a ello la deshumanización del médico, quien sólo se interesa en la investigación descuidando el aspecto humano del caso.

¿ En realidad se considera la opción del paciente, o de su familia, para que el enfermo tenga una muerte digna ?, así también ¿ Se han creado elementos de juicio que plantean la práctica de la EUTANASIA ?. Generalmente la participación del equipo interdisciplinario así como: médicos, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales, dietistas etc. se enfoca a un sólo objetivo lograr la salud del paciente, pero en sí nunca se plantean fundamentos o bases médicas y jurídicas, para dar fin a la agonía del paciente aun cuando sea real y cercano su fallecimiento , así como por ejemplo la situación de los enfermos con problemas oncológicos y hematológicos en fase terminal, o pacientes que debido a las complicaciones de su problema de base, presentan muerte cerebral o cualquier diagnóstico con mal pronóstico para la vida.

Tan sólo se busca mejorar una realidad que no tiene mayor perspectiva y no la muerte tranquila de una persona multitratada artificialmente, ésto dada la inexistencia de un estatuto legal que aborde aspectos de eutanasia, con bases médico-jurídicas para su correcta aplicación; falta la unificación del criterio médico-jurídico en las instituciones de salud, donde la participación del Licenciado en Derecho es nula. Es tiempo en que no se considere al paciente sólo como un objeto de investigación, que quizá de a luz algún tratamiento que a futuro pueda aliviar el dolor de otro enfermo con el mismo diagnóstico; que no sólo se busque la salud desde el punto de vista de la existencia material, sino la muerte digna de un ser humano con derecho a ella.

La información referente al tema es casi nula, en forma particular en nuestro país, y la práctica de la eutanasia ofrece una opción que conforme a nuestro entender, sería benéfica en su aplicación. ¿ Por qué no contar con una ley que permita morir con dignidad ? ¿ Por qué un Derecho a Morir ? El promedio de esperanza de vida ha aumentado enormemente en los países más prósperos.

Ello nos beneficia mientras gozamos de un buen estado de salud, pero los avances médicos, que han supuesto una gran mejora para la salud, pueden servir también para alargar el proceso de la muerte. En teoría, se necesita nuestro consentimiento para que se nos administre un tratamiento, pero la mayoría de la gente acepta automáticamente lo que el médico le suministra. Hay quien pasa meses, incluso años, con una calidad de vida tan pobre que llega a desear vehementemente morir. Lo que la mayoría de la gente desea en todos aquellos lugares en que se han realizado encuestas, es que los médicos pudiesen ayudar a morir a un paciente incurable si el paciente lo solicita. ¿ Por qué no un derecho a elegir ?, en el mundo entero existen grupos de gente que como nosotros, preocupados por esta situación, luchamos porque se legisle sobre la eutanasia.

2.- LOS DERECHOS HUMANOS.

El positivismo ético da origen al derecho, pero la libertad y la dignidad humana como derechos humanos dan origen a la ética. No se trata de legislar en base a la libertad e igualdad sino en base a libertad y diferencias porque diferentes e irrepetibles son los seres humanos y la dignidad esta implícita en la diferencia porque todo ser humano tiene sus propias decisiones para trascender.

La función mas alta de los derechos humanos es la protección de la dignidad de la persona y moralización de las leyes positivas.

El derecho debe tomar en cuenta a la moral pero no confundirse con ella puesto que debe actuar sobre lo que es inmoral de manera pragmática y convencional. La democracia no es posible sin la adopción de una ética de mínimos que es el fruto de consensos pactados para ejercerse en una comunidad y que parte de una actuación individual con una ética de máximos, propia de cada persona que tiene su propia visión de perfección y felicidad.

Son Derechos Humanos las facultades y prerrogativas inherentes a la persona humana, que le corresponden por su propia naturaleza, indispensables para asegurar su pleno desarrollo dentro de una sociedad organizada, mismos que deben ser reconocidos y respetados por el poder público o autoridad, al ser garantizados por el orden jurídico positivo.

Los bienes jurídicos tutelados por los Derechos Humanos son:

- La vida
- La libertad
- La igualdad
- La seguridad
- La integridad
- La dignidad
- El medio ambiente

- La paz.

En su aspecto positivo, estos Derechos están reconocidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos en sus artículos 1o. al 24, 27 y 123; en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y la Convención Americana de Derechos Humanos, entre otros instrumentos jurídicos de carácter internacional.

Las características de los derechos humanos son:

- 1) Son eternos porque siempre pertenecerán al hombre como individuo de la especie humana.
- 2) Son supratemporales porque están por encima del tiempo y por lo tanto, del Estado mismo.
- 3) Son universales porque son para todos los seres humanos del orbe.
- 4) Son progresivos porque concretan las exigencias de la dignidad de la persona humana en cada momento particular de la Historia.

La evolución histórica de los Derechos Humanos es la historia de los valores fundamentales del ser humano. Se dividen en 6 etapas:

a) Edad antigua: la problemática de los valores del periodo comprendido del siglo XVII a.C. al V se reflejan en el contenido del código de Hammurabi, el decálogo y el derecho de gentes, dando paso a la corriente iusnaturalista, fundamentada en la razón, que serviría para propiciar un acercamiento entre los individuos.

b) Edad Media: los conceptos iusnaturalistas se ven impregnados de las ideas cristianas, dando lugar al humanismo cristiano en el que destaca la ideología de San Agustín y Santo Tomás de Aquino; en Inglaterra se promulga la Carta Magna de Juan Sin Tierra y en España surgen los fueros, como el Fuero viejo de Castilla, el Fuero Juzgo y el Fuero Real.

c) Renacimiento e Ilustración: en esta época los Derechos Humanos se positivizan, constituyéndose en límite de la acción gubernamental. Grandes pensadores fundamentan sus teorías en el Derecho natural inspirado en la razón y en el Contrato social, interesándose especialmente en valores como la libertad, la propiedad y la igualdad.

d) Época Moderna: los movimientos revolucionarios franceses se extienden por Europa y América, apareciendo los primeros instrumentos protectores de Derechos Humanos como la Declaración de derechos de Virginia de 1714 y la Declaración francesa de los derechos del hombre y del ciudadano de 1789 que consideran por primera vez estos derechos como pertenecientes al ser humano por el hecho de serlo, otorgándoles el carácter de universales, para ser incorporados a las Constituciones Nacionales.

e) Época actual: numerosas Constituciones como la de México de 1917, dieron inicio a la progresiva incorporación de los Derechos Humanos al plano internacional; nacen los grandes instrumentos multinacionales como la Declaración universal de los derechos humanos en 1948, los Pactos de derechos civiles y políticos, Derechos económicos, sociales y culturales, ambos de 1966; la igualdad representa el paradigma posterior a las grandes luchas contra la discriminación.

Las tres generaciones de derechos humanos:

- PRIMERA GENERACIÓN:

Surgen con la Revolución Francesa, en rebeldía contra el absolutismo del Monarca. La integran los denominados derechos civiles y políticos (la vida, la libertad, la igualdad).

- SEGUNDA GENERACIÓN:

La constituyen los derechos de tipo colectivo: los derechos sociales, económicos y culturales. Surgen como resultado de la Revolución Industrial. Son de satisfacción progresiva de acuerdo a las posibilidades económicas del Estado (la salud, la educación, la seguridad pública).

- TERCERA GENERACIÓN:

Se forma por los llamados derechos de los pueblos o de solidaridad. Surgen en nuestro tiempo como respuesta a la necesidad de cooperación entre las naciones, así como de los distintos grupos que las integran (la paz, el desarrollo, el medio ambiente, la autodeterminación).

México ha firmado, junto con otros países, importantes documentos internacionales de protección y defensa de los Derechos Humanos, como por ejemplo:

-LA DECLARACION UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS aprobada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948.

-EL PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS CIVILES Y POLÍTICOS, adoptado por la Asamblea General de la O.N.U. el día 16 de diciembre de 1966 y que entró en vigor el 23 de marzo de 1976.

-EL PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES, adoptado por la Asamblea General de la O.N.U. el 16 de diciembre de 1966 y que entró en vigor el 23 de marzo de 1976.

-LA CONVENCION AMERICANA SOBRE DERECHOS HUMANOS (Pacto de San José), firmada en San José Costa Rica el 22 de noviembre de 1969.

-LA CONVENCION CONTRA LA TORTURA Y OTROS TRATOS O PENAS CRUELES, INHUMANOS O DEGRADANTES, ratificada por México el 23 de enero de 1986 y que entró en vigor el 6 de marzo del mismo año.

-LA CONVENCION INTERAMERICANA PARA PREVENIR Y SANCIONAR LA TORTURA, ratificada por México el 22 de junio de 1987 que entró en vigor el 11 de septiembre de 1987.

Los organismos internacionales protectores de derechos humanos se encuentran regulados por los Tratados Internacionales y son órganos judiciales que resuelven controversias suscitadas por la violación de Derechos Humanos.

Tales Organismos son: la corte internacional de justicia, el comité de derechos humanos, la comisión de derechos humanos del consejo económico y social de la O.N.U, la comisión interamericana de derechos humanos y la corte interamericana de derechos humanos.

Respecto a los derechos los derechos humanos en México podemos mencionar que durante la época colonial, Fray Bartolomé de las Casas, influenciado por el pensamiento renacentista y enciclopedista europeos, condenó la conquista, la guerra, la violencia, la opresión y defendió la dignidad, libertad e igualdad de los indios. Miguel Hidalgo, imprimió a su lucha por la abolición de la esclavitud el sello de la reforma social y de la superación de las diferencias raciales existentes para entonces. José María Morelos, en sus Sentimientos de la Nación, señala los más modernos principios de filosofía jurídica y política impregnado del más noble y generoso espíritu humanitario al consignar la protección de los más importantes derechos y libertades fundamentales del ser humano. Otros documentos que contemplan los Derechos Humanos fueron elaborados durante el período insurgente y la etapa independiente del siglo pasado, como la Constitución de Apatzingan en 1814, las Constituciones de 1824 y 1857, hasta llegar a la Constitución de 1917 que hoy nos rige y que fue la primera en el mundo en considerar las bases de la justicia social.

La Comisión Nacional de Derechos Humanos fue creada mediante decreto presidencial publicado en el Diario Oficial de la Federación del 6 de junio de 1990. Posteriormente, el 28 de enero de 1992 se reformó la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, agregándose un Apartado B al Artículo 102 de nuestra Carta Magna, mismo que establece las características principales de la CND; La comisión tiene competencia en todo el territorio nacional para conocer de las violaciones a Derechos Humanos cometidas por autoridades o servidores públicos de carácter federal, así como de aquellos hechos en que hubiesen participado tanto autoridades federales como locales.

La Comisión Nacional de Derechos Humanos, considera que de legalizarse la eutanasia en México sólo podría ser en su modalidad pasiva, ya que la activa puede ser considerada como un homicidio asistido, o podría aceptarse en la opción de voluntaria, no en la impuesta; es decir, cuando el enfermo por estar inconsciente no puede decidir o no tiene la capacidad para hacerlo por tener alteradas sus facultades mentales. Asimismo, pone de relieve que en nuestro código penal no hay una mención directa a la eutanasia, y que sus consideraciones respecto a los posibles atentados contra la vida estarían basados en circunstancias tanto económicas, sociales y políticas muy diferentes a las que imperan en la actualidad.

Además que de emprenderse una reforma legal en México esta no debería verse obstaculizada por la Iglesia católica, ya que en países en los que esta religión es muy poderosa, como en España, este credo ha apoyado la eutanasia pasiva y voluntaria en los casos de extremo sufrimiento, debido a que aunque la vida es un bien supremo y divino, también el ponerle fin en esas circunstancias es un acto de misericordia.

Como resultado del devenir histórico, somos parte de los llamados países occidentales y la libertad, la autonomía, el respeto a los derechos humanos con la escala de valores de cada individuo configuran nuestro medio cultural. La salud siempre ha sido uno de los bienes más preciados, la enfermedad por el contrario nos pone en alerta y, en teoría, pone en peligro nuestra vida, todo lo relacionado con ella nos hace ser proclives a la reflexión profunda y puede provocarnos dificultades de adaptación, sobre todo si tenemos en cuenta que nuestra sociedad, transformada continua y aceleradamente, hace que se acentúe el individualismo, el consumismo, el culto al cuerpo, el rechazo al dolor, la negación de la muerte, el deterioro del medio ambiente, el paro, la crisis de las ideologías, la demanda de la participación en las decisiones y la exigencia de una relación menos paternalista y más participativa en grado de igualdad en todos los ámbitos de la vida familiar, social, política y en la relación sanitario-usuario.

3.- LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL.

La Asociación Médica Mundial fue creada para garantizar los más altos estándares posibles de ética médica, educación médica y derechos humanos. En los últimos años han existido un gran número de médicos que se han estado preocupando por los grupos terroristas, la tortura y las víctimas de los regímenes dictatoriales. Desde su creación, uno de los sueños de dicha asociación ha sido desarrollar una unidad la cual pueda optimizar su capacidad de actuar como líder de vigilancia para los médicos y que pueda reaccionar ante los abusos de los pacientes. Se ayuda a los médicos y a los pacientes los cuales han sufrido una violación a los derechos humanos. Asimismo dicha unidad desarrolla programas piloto sobre derechos humanos, coordina programas legales y actúa como un centro para el cuidado de salud de la comunidad, en casos de abusos, los médicos pueden actuar como testigos en contra de los perpetradores de violencia y tortura.

La Asociación Médica Mundial busca responder mediante denuncias los casos de abuso y trabaja con otras asociaciones de salud y de derechos humanos creando alianzas para combinar fuerzas y elevar los derechos humanos.

La Asociación Médica Mundial es una organización internacional que representa a los médicos, fue fundada el 17 de septiembre de 1947, cuando médicos de 27 países diferentes se reunieron en la Primer Asamblea General de París. Fue creada para garantizar la independencia de los médicos, adquiriendo particular importancia después de la Segunda Guerra Mundial, además de que siempre ha sido una confederación independiente de asociaciones profesionales libres, se mantiene de las contribuciones anuales de sus miembros que han crecido hasta llegar a conformar ochenta asociaciones médicas nacionales.

La Asociación organiza foros para la comunicación, cooperación activa, realización de consensos y promoción de la libertad profesional de los médicos. Esta sociedad facilita el cuidado humano de los pacientes en un ambiente saludable, mejorando la calidad de vida de la gente en el mundo. El propósito es servir a la humanidad mediante grandes esfuerzos de la ciencia médica guiando a los médicos, los gobiernos y las organizaciones internacionales a

través de declaraciones y resoluciones que incluyen códigos de ética, derechos de los pacientes, materias del área de humanidades, el cuidado en situaciones de conflicto, tortura de prisioneros, el uso y el abuso de drogas, planeación familiar y contaminación.

Otras áreas de servicio son:

- Promoción y defensa de los derechos básicos de los médicos y pacientes.
- Educación ayudando continuamente a que los médicos mejoren sus conocimientos y sus habilidades.
- Recursos humanos planeando servicios de salud y cuidado.
- Seguridad del paciente.
- Salud pública y proyectos sobre tabaquismo e inmunización.
- Construcción de nuevas asociaciones médicas.
- Desarrollo de liderazgo y carrera.
- Promoción de derechos del paciente y médicos.
- Seguridad y salud ocupacional.

La Asociación Médica Mundial se encuentra en relación permanente con la Organización Mundial de la Salud y otras agencias gubernamentales y no gubernamentales, así como regionales que le dan soporte a su trabajo.

4.- UNA ALTERNATIVA A LA EUTANASIA: LAS HOSPEDERÍAS.

La palabra hospedería se ha empleado desde la Edad Media para designar los lugares en que los peregrinos de la Tierra Santa se les ofrecía descanso y refugio a lo largo de su prolongado viaje. Las hospederías en su modalidad actual surgen en 1967 en Inglaterra como una respuesta, afirman, a la concepción pesimista y negativa de una sociedad que cada vez más decididamente considera que los pacientes incurables y afligidos de graves sufrimientos deberían ser candidatos a la eutanasia legal.

Las hospederías más que un hospital son un hogar, toda la atmósfera contribuye a que lo sea, se puede dar la muerte digna, los familiares de los desahuciados prefieren que estos mueran en el hospital, mientras que los moribundos prefieren morir en su casa. En las hospederías el ambiente es muy diverso al del hospital, la decoración es alegre, hay plantas y flores en las habitaciones, el paciente usa su propia ropa, en ocasiones se permiten mascotas. Todos los pacientes son conocidos por sus nombres y el trato es personalizado, no hay horario para visitas y son especialmente bienvenidos los niños. El enfermo que ingresa a la hospedería lo hace voluntariamente, pero se prefiere que permanezca en su casa con asesoría y cuidados del personal de la hospedería, sólo sus últimos días los pasa en ésta.

El que llega a la hospedería y no conoce la verdad sobre su enfermedad, se le comunica en el momento adecuado, a no ser que el enfermo se oponga, ya que aunque la verdad es dolorosa, produce un notable efecto liberador.

Si la eutanasia no es aceptable ¿qué solución hay para aliviar los sufrimientos de los enfermos incurables ? Entre la eutanasia y el encarnizamiento terapéutico existe una tercera vía, cuyos principios fueron formulados hace cuarenta años en Inglaterra: son los cuidados paliativos.

Con esta denominación nos referimos a diversas iniciativas destinadas a conseguir no que el enfermo viva más tiempo, ya que se trata de personas en fase terminal, sino mejor lo que les resta de vida. Esto significa, en primer lugar, hacerlo todo para suprimir el dolor físico, lo que es posible en el 95% de los casos gracias a la utilización de medicamentos analgésicos. Esto implica también que los cuidados para su confort se adapten al paciente. Es decir, que se le asee con cuidado ; que se evite que tenga llagas ocasionadas por la inmovilidad prologada en cama, colocándole sobre un colchón de agua o de aire; que se le pulverice la boca con agua para evitar su desecación (muy frecuente en la fase terminal) ; que reciba oxígeno complementario, de acuerdo con sus necesidades, etc.

A parte del alivio físico, los cuidados paliativo tienen otro aspecto : el acompañar al enfermo con el objetivo de evitar un sufrimiento moral demasiado grande ante la cercanía de la muerte. Se trata, pues, de ayudar a su familia y a las personas que le rodean; de relevarlas a la cabecera del lecho, si lo desean; constituye tarea delicada en que escuchar es muy importante y la disponibilidad, esencial. Son, pues, voluntarios formados y asesorados por un psicólogo quienes se ponen a disposición del enfermo y de su familia. Diversos ejemplos dan cuenta de que, en estos momentos en que la emoción es particularmente grande y la comunicación no siempre fácil, la presencia de una tercera persona puede ayudar al enfermo que no quiere alamar a su familia. Puede, por ejemplo, descargar sobre esta persona sus inquietudes o ayudar a la familia a no tener que quedarse siempre, lo que puede resultar muy penoso.

El principio que preside todas estas medidas es el de proporcionar a la persona la posibilidad de vivir su vida hasta el final, sin otra intervención que la destinada a ayudarla a acercarse a la muerte lo más apaciblemente posible. En definitiva, se trata de hacer de la muerte el último acto consciente de la propia vida.

La Medicina paliativa es una forma civilizada de entender y atender a los pacientes terminales, opuesta principalmente a los dos conceptos extremos ya aludidos: obstinación terapéutica y eutanasia; ésta es una nueva especialidad de la atención médica al enfermo terminal y a su entorno, que contempla el problema de la muerte del hombre desde una perspectiva profundamente humana, reconociendo su dignidad como persona en el marco del grave sufrimiento físico y psíquico que el fin de la existencia humana lleva generalmente consigo. En definitiva, la Medicina paliativa es, ni más ni menos, un cambio de mentalidad ante el paciente terminal, es saber que, cuando ya no se puede curar, aún podemos cuidar.

En las Unidades de Cuidados Paliativos, que son áreas asistenciales incluidas física y funcionalmente en los hospitales, se proporciona una atención integral al paciente terminal. Un equipo de profesionales asiste a estos enfermos en la fase final de su enfermedad, con el único objetivo de mejorar la calidad de su vida en este trance último, atendiendo todas las necesidades físicas, psíquicas, sociales y espirituales del paciente y de su familia. Todas las acciones de la Medicina paliativa van encaminadas a mantener y, en lo posible, aumentar, el sosiego del paciente y de su familia.

4.1 FILOSOFÍA DE LA VIDA Y DE LA MUERTE.

La muerte está rodeada sobre todo de tres fenómenos que la hacen temible: la soledad, el miedo y el dolor, sin embargo la muerte no es sólo un acontecimiento destructor, un suceso biológico, un accidente, que nos aplasta y nos reduce a la impotencia. También en la muerte puede existir una activa realización, en la sumisión y aceptación de la muerte. La enfermedad es un acontecimiento del que se puede aprender mucho, tanto o más como de la salud; y, el morir en el que culmina la última enfermedad puede ser tan importante como el vivir, no deberíamos separar la vida de la muerte, ya que la vida como totalidad incluye el morir y el morir es un ingrediente de la vida. El hombre no puede adueñarse del origen ni del fin de su vida.

Se le ha llamado a la muerte la hora de la verdad, y en realidad lo es, la vida tiene sentido si la muerte tiene sentido y en la última fase de la vida debe corroborarse y ratificarse esta verdad. Dichas ideas son básicas en la visión de las hospederías, la muerte no es una derrota, sino una realidad tan natural como la vida, la muerte es una experiencia valiosa para el que la experimenta y para el que ayuda al moribundo.

4.2 ACTITUD HUMANITARIA.

Los cuidados se proporcionan en cuatro niveles; físico, psíquico, social y espiritual. En el nivel físico se procura gran cuidado con la limpieza e higiene, y después al enfoque de combatir el dolor, si surge una enfermedad nueva no se atiende en ningún momento se

pretende prolongar la agonía. El nivel psíquico es muy importante ya que se ayuda al médico a superar el miedo, la soledad y la inseguridad, el moribundo siente la amenaza de que su muerte más que la vida le sea arrebatada, es necesario que se le den los elementos para que pueda ver su muerte con naturalidad y serenidad, todo enfermo puede comunicar sus necesidades y sus deseos más importantes.

La actitud humanitaria es decisiva ante la muerte, un cuidado social, se pretende formar una comunidad, una integración y para aquellos que lo solicitan un cuidado espiritual ya que surgen preguntas como ¿ quiénes somos ?, ¿ a dónde vamos ?, ¿ hay que rendir cuentas ?, ¿ la muerte es el final de todo ?, ¿ existirá un nuevo comienzo ?. Debemos comunicar las actitudes con solidaridad y esperanza, el entusiasmo es muy importante, ya que puede hacer la diferencia teniendo pensamientos positivos, Norman Vincent Peale nos proporciona una fórmula para lograr que cada día sea el mejor.

- 1.- Pensar en un buen día.
- 2.- Agradecer por un nuevo día.
- 3.- Planear un nuevo día.
- 4.- Colocar en el día pensamientos, actitudes y acciones positivas.
- 5.- Pedir por un buen día
- 6.- Llenar el día con entusiasmo³⁸

5.- CASOS EN LOS QUE DEBE APLICARSE.

Debemos mencionar ante todo que existen diversos casos que requieren prácticas eutanásicas, sin embargo existen algunas otras cuyo parámetro de cura es menor por lo que la eutanasia sería más benéfica.

Enfermedades neoplásticas: Se entiende a este tipo de enfermedad por la existencia de un tumor maligno, el cual se origina por la invasión que se produce a otros órganos vitales, o

³⁸ PEALE, VINCENT. *Enthusiasm makes the difference*. Ed. Fawcett Crest. New York, 1991 p. 96.

bien puede ser a distancia como una metástasis, donde se van a producir insuficiencias en los órganos funcionales, o sea que los órganos vitales quedan completamente sin función y no existe ninguna posibilidad de cura, la cual origina complicaciones hemorrágicas o tromboembólicas. Aquí podemos encontrar otras:

- a) Leucemia linfoide crónica.
- b) Cáncer gástrico o de colon.

Dichas enfermedades se consideran inoperables. Se puede resumir que el paciente en ningún caso va a tener una buena calidad de vida, nos lleva a establecer que la cesación del empleo extraordinario para prolongar la vida cuando hay evidencias de que la muerte biológica es inminente es decisión del médico tratante y de su familia.

Enfermedades degenerativas: Presentadas en fases avanzadas, ancianos, para los cuales es la continuación de la cuarta edad, la cual se considera como una enfermedad incurable donde el hombre de antemano sabe que no existe cura que evite su terminación fatal, pero igual como sucede en algunos casos que no necesariamente son ancianos, los familiares les tienen lástima y algunas veces prefieren que sean los viejos los que mueran y no un niño. En el caso de los ancianos, consideramos que debería establecerse, o sea tomarse el concepto de eutanasia cuando estos tengan alguna enfermedad incurable determinada ya dentro de una fase terminal y que aún proporcionándole las terapias necesarias ya es imposible sobrevivir y lo que es peor que dándole esa clase de terapia a otra persona va a tener mejores posibilidades de vida.

Enfermedades congénitas: Si el paciente se encuentra en capacidad de decidir si continúa o no con las terapias cuando se encuentre en fase terminal en esta caso podría interrumpir la aplicación de terapia ya iniciada. El acto puede estar inspirado en la piedad y aún obedecer a la petición angustiosa del enfermo.

6.- CULTURA DE LA MUERTE.

Sólo escuchar la palabra muerte produce una amarga sensación en los que estamos vivos, alegres y despreocupadamente felices. Es como recordamos algo que no deseamos escuchar nunca porque es terriblemente desagradable. Mientras estamos en armonía con la vida, ilusionados, en estado positivo, centrados en la ilusión de vivir o distraídos por todos los inventos que nos ofrece este mundo, es siniestro hablar de la muerte. Y sin embargo la vida real, la televisión y el cine nos ofrecen el panorama tantas veces infame y aterrador de la guerra, los asesinatos, la tortura, nos recuerdan día a día la muerte servida en multitud de facetas y circunstancias. La imagen siniestra de la maldad y la injusticia que hacen tanto daño cuando sin quererlo se siega la vida y se destruye la libertad. Pero la muerte es una dimensión que lo llena todo como la vida. La muerte vive con nosotros y dentro de nosotros, porque desde que nacemos se pone en marcha la cuenta atrás del espacio del tiempo que nos toca vivir.

Quizá podamos pasarnos toda la vida ignorándola porque el morir como los estados de conciencia, es invisible a la luz de la vida y sólo aquellos que meditan en ella y la ven con naturalidad se hacen conscientes de su existencia como algo necesario y útil para alcanzar aquello que todos los seres humanos anhelamos desde que nacemos: la libertad total.

La muerte nos conmueve e incluso nos puede hacer más sensibles y humanos, al contemplar la certeza del corto espacio de tiempo que vamos a vivir. Son estremecedoras las imágenes de muerte, después de las escenas de muerte inesperada y la tristeza profunda por haber perdido a seres íntimos y queridos. Nos conmovemos por dentro y cambiamos nuestra actitud ante la vida, se nos abren los ojos para ver la realidad profunda de la existencia.

En los hospitales mueren nuestro seres queridos, jóvenes, adultos y viejos, y lloramos de dolor recordando con amor los días que pudimos besar el rostro de nuestros hijos, padres, abuelos, amigos íntimos..., recordándolos se nos abre la vía de la emoción más grande que el ser humano tiene en su interior: el amor.

Muchos seres conscientes del significado de la muerte, utilizan la vida para prepararse a morir, porque entienden que desde el nacimiento se camina hacia ese final y no es más que una oportunidad para cambiar y prepararnos con decisión y serenidad para la posibilidad que encierra el misterio del más allá, la muerte es el espejo donde se refleja todo el sentido de la vida.

Si bien es cierto que el morir es un proceso complejo en el cual los aspectos de nuestro cuerpo y mente se desintegran simultáneamente, a la hora que los seres humanos toman conciencia de la muerte nos entregamos a su misterio, la incógnita más importante de la existencia.

El proceso de morir según las enseñanzas tibetanas afirma que toda nuestra existencia está determinada por los elementos: tierra, agua, aire, fuego y espacio, por medio de ellos se forma y se sostiene nuestro cuerpo y cuando se disuelven morimos. Estamos familiarizados con los medios externos, que condicionan nuestra manera de vivir, pero lo interesante es el modo en que estos elementos externos interactúan con los elementos internos de nuestro cuerpo físico.

La cultura de la muerte debe ser iniciada en el seno familiar, y en un principio podemos ejemplificarla con los animales domésticos con los que convivimos, siempre hablando con la verdad sobre los ciclos de la vida, que nacemos, crecemos, nos desarrollamos, nos reproducimos y tenemos que morir. Cuando el ser toma conciencia de que es mortal comete el error de aceptar el sufrimiento irracional, se convierte en tragedia ya que tiene un temor exacerbado a morir, este acontecimiento negativo, lo convierte en esclavo de sufrimientos y circunstancias dramáticas, que racionalmente no tienen sentido.

El tema debe ser incluido en los textos educativos y además hemos de establecer campañas de educación y concientización, esta labor es quizá una de las más complejas de las que nos enfrentamos y desde nuestro punto de vista debe realizarse con dos características: la primera es que debe estar orientada a cada región, ya que no es lo mismo educar una comunidad urbana desarrollada que una tribu africana aislada; y, la segunda

realizarla desde la misma comunidad, debemos tomar miembros prominentes y conocedores de dichos lugares y hacerlos educadores, ellos sabrán mejor las condiciones, los conocimientos y necesidades de dicho grupo y así el impacto será mucho mayor, que así como se habla de la vida y su desarrollo, se incluya la terminación de la misma haciendo énfasis en lo que implica y significa la muerte. Desarrollar una cultura en la que veamos la muerte como algo más natural enfrentando el momento sin preocupaciones, si todo ha ido evolucionando, si nuestros pensamientos, actitudes y conductas no son las de hace algunos años, si tenemos que adaptarnos a las exigencias del mundo actual, por que no aceptar la muerte.

El hecho de no aceptar la muerte como es la cesación de la vida, no permite que el aborto, la eutanasia y algunos otros tópicos puedan desenvolverse y más en unas sociedades que en otras; debemos madurar frente a las experiencias que nos da la vida, ya que la madurez es el arte de vivir en paz con lo que se puede cambiar, la capacidad de tomar una decisión y sostenerla. Finalmente aceptar la muerte como es un proceso biológico.

Debemos actuar inmediatamente, proyectando y aprendiendo, es momento de poner en práctica lo mucho o lo poco que conocemos.

7.- CONSECUENCIAS DE SU APLICACIÓN.

A nivel familiar: todos estaríamos de acuerdo en que el enfermo en todos los tiempos ha sido contemplado como una persona desprovista de salud, siendo en primera instancia la familia, responsables de sus cuidados y restablecimiento. Tal responsabilidad va unida con las costumbres y conductas religiosas, las cuales la ubican en un sitio donde se apoya el paciente independientemente del medio social en que se desarrolle.

Podríamos referirnos a pacientes crónicos o desahuciados, que ameritan tratamientos cortos o prolongados, siendo siempre la familia quien proporciona los cuidados necesarios, aún cuando en situaciones diversas está sustituida por instituciones públicas. Al hablar de

consecuencias sociológicas de la legalización de la eutanasia ubicamos en primer término a la familia, siendo después del paciente, quien puede decidir sobre la práctica de la misma, al tratarse de los enfermos pacientes con muerte cerebral o con problemas hematológicos o oncológicos en fase terminal. Entendemos que el enfermo y la familia son partícipes de la evolución de la enfermedad, desde su inicio, hasta el momento en que no existe posibilidad de recuperación o que el tratamiento agote su eficacia presentándose con ello conflictos para aceptar la situación real del paciente.

Es por tal razón que la dignidad del enfermo debe valorarse ya que tanto el paciente y su familia tienen derecho a la información objetiva del padecimiento, ya que lógicamente será difícil aceptar la realidad por las ideas y costumbres arraigadas, siendo éste un problema real en el pueblo mexicano, que amerita un proceso de concientización para que la muerte sea aceptada como algo natural. Ubicándonos en el tema de la legalización de la eutanasia, consideramos que quizá en un futuro no muy lejano sea esta aceptada por unanimidad en la sociedad mexicana, ya que actualmente es reconocida a nivel médico como una necesidad en casos particulares, pero dada la posición de la familia ante una sociedad renuente es complicado que se exteriorice abiertamente una decisión, ya que ésta tendría beneficios no egoístas hacia el enfermo.

A nivel médico: Visto este asunto en un enfoque diferente a nivel médico se advierte que el fallecimiento de un paciente implica en algunos casos una frustración para el facultativo que lo atendió. Es muy común que los médicos tomen en cuenta sus principios morales adquiriendo una gran responsabilidad para hacer del enfermo una persona sana. Conforme a la evolución de la medicina es evidente que el desarrollo de nuevas técnicas y métodos de curación y prevención de enfermedades han enriquecido los conocimientos para hacer tardía la presentación de la muerte de los pacientes, teniendo por lo tanto el médico mayor compromiso de evitarla, sin embargo aún no hay los suficientes hallazgos en el campo de la medicina y la práctica eutanásica sería una alternativa muy buena.

8.- PROPUESTAS PARA LA LEGALIZACIÓN DE LA EUTANASIA.

En este trabajo que se presenta, se pretenden analizar los Artículos 4º, párrafo cuarto y el 14, párrafo segundo, de nuestra Constitución Mexicana. El Artículo 4º, párrafo cuarto se analiza en lo referente a la protección a la salud (Derecho a la Salud) y el Artículo 14 en su párrafo segundo, en lo referente a que " Nadie podrá ser privado de la vida..., sino mediante juicio 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."

Estos dos preceptos constitucionales señalados con anterioridad, son tratados en este análisis, ya que existe la inquietud, en opinión de varios ciudadanos y en opinión personal de que se legalice y se practique la Eutanasia en México.

Para poder entrar al análisis del tema, tenemos que partir de un hecho real, el cual es la existencia de gran cantidad de personas que padecen enfermedades incurables tales como el cáncer, SIDA, entre otras. Las cuales como son incurables, llevan por consiguiente, aparejada la muerte. Pero antes de morir, muchos seres enfermos sufren malestares y dolores insoportables, así, como depresiones físicas y mentales que como humanos son en realidad sufrimientos amargos y penosos. En este trabajo se pretenden hacer algunos comentarios que pudieran ser analizados por nuestros legisladores para poder permitir la práctica de la eutanasia, que para estos pobres enfermos sería una bondadosa y benéfica acción, la cual les permitiría dejar de sufrir y así poder descansar sin más tormentos y sufrimientos.

También se analiza el término salud y su significado, así como algunas opiniones o mitos que existen en "pro" y en "contra" de la eutanasia; y por último, se pretende dar alguna idea de solución para poder reglamentar dicha práctica. Todo esto con el fin de colocar a la muerte como un derecho y una garantía individual consagrado en la Constitución (derecho a

la muerte). No olvidando que ésta es inherente a los hombres y es un elemento integrante del ciclo de la vida.

Análisis del artículo 4º, cuarto párrafo constitucional: El interés jurídico por analizar en primer lugar el artículo 4º en su párrafo cuarto, es debido, a que existen personas que, cuando ya no tienen salud o no se les puede restablecer su salud, debido a que están muy enfermas, verbigracia las personas que padecen una enfermedad incurable como es el caso de los enfermos de cáncer o de SIDA (o que tienen alguna otra enfermedad incurable) y que se encuentran en su fase terminal, ya no tienen ninguna otra opción y por ello solicitan que alguien los ayude a “ bien morir ”, ya que los mismos, se encuentran en una situación muy difícil sin que la ciencia o la medicina y en estos casos los doctores puedan restablecer su salud. Para estos enfermos, la única esperanza que les queda o el único remedio que solicitan es lo que en otras legislaciones se conoce como Eutanasia.

Para seguir analizando este tema, en primer lugar hay que entender el significado del término salud, según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, el término salud tiene varios significados, entre los cuales tenemos los siguientes: “ Buen estado físico ” y “ Estar de gracia espiritual: la salud del alma ”. El Diccionario Médico Salvat, define la palabra salud como el estado normal de las funciones orgánicas y psíquicas. Según la Organización Mundial de la salud (OMS), la salud corresponde al estado de completo bienestar físico, mental y social de un individuo, y no solamente a la ausencia de enfermedad o invalidez.

Por su parte, la Ley General de Salud al respecto, en su artículo 2º fracción refiere:

“ Art. 2º.- El derecho a la protección de la Salud, tiene las siguientes finalidades:

I.-...

II. – “La prolongación y el mejoramiento de la calidad de la vida humana.”

Asimismo, la antes mencionada Ley General de Salud en sus artículos 23 y 32, expresan lo siguiente:

Art. 23.- Para los efectos de esta ley se entiende por servicios de salud todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y la colectividad.

Art. 32.- Se entiende por atención médica el conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar la salud.

Con lo anteriormente señalado, ¿qué pasa con un enfermo desahuciado?, el cual ya no tiene remedio alguno, ¿qué más puede esperar o pedir, ya que no tiene ni un buen estado físico ni salud espiritual?; ya que, debido a todos sus pesares, el enfermo se encuentra en pésimas condiciones tanto espiritual y corpóreamente. ¿Qué otra atención médica puede recibir que le permita restaurarle su salud, si ya no existe otra posibilidad que se lo permita?

Es aquí, en donde los legisladores deben de hacer a un lado el “que dirán” o el “que pensarán” los ciudadanos, ya que es un problema nacional y que no podemos ocultar a los ojos de nadie, que existe un gran número de enfermos que se encuentran en estado o en fase terminal y que ante la difícil situación tanto económica y social por la que actualmente atraviesa nuestro país, sería más factible legalizar y por ende permitir la práctica de la eutanasia.

Quizás suena y se escucha muy drástico hablar de eutanasia, y cuando alguien entra o aborda este tema, crea una gran polémica y discusión. En ocasiones, se llega hasta satanizar esta idea. Pero hay que ver, que en la vida real existen casos de personas muy enfermas que se encuentran en fase terminal, que están solos, es decir, que no viven ni cuentan con la ayuda de familiares ni tampoco tienen amistades que los puedan asistir en su tratamiento y que cuando ya no tienen esperanzas de seguir con el tratamiento médico debido a que para la medicina son ya intratables, ya que los doctores los han desahuciado a pesar de que como médicos han

hecho todo lo posible y hasta lo imposible por tratar de aliviarlos y de restablecer su salud, así como de motivarlos para aminorar sus malestares y que todo esto que se considera como medicina paliativa tampoco sirve de nada; entonces, que pueden hacer o pedir estos pobres enfermos. Se dan casos en que los propios enfermos, solicitan a algunos médicos, que si no los pueden ayudar a “ bien morir ” que si no pueden ponerles o darles algún medicamento para que ya dejen de sufrir. Es aquí, en donde entraría lo que se conoce como eutanasia, ya que estas personas lo están solicitando y cuando alguien solicita algo, se entiende que esta otorgando o dando su consentimiento.

Pero, que pasa en una sociedad tan mojígata como la nuestra (sociedad mexicana), en la cual tenemos algunos valores muy arraigados y aquí hablaríamos de valores espirituales, religiosos, ideológicos, políticos, etc. La mayoría de los ciudadanos en nuestro país profesa la religión católica y por lo tanto “ Dios nos dio la vida y Dios nos la tiene que quitar, cuando él decida como todopoderoso ”, pero cuando alguien no comparte las mismas creencias religiosas o de ninguna otra índole o cuando los principios religiosos son distintos a los de la iglesia católica, que sucede, o que pasa cuando una persona se dice ser atea (lo cual, debe ser muy respetable como formas de pensar) y que duda, de que “ la vida se la haya otorgado o concedido Dios ”, no va a dañar ningún principio moral ¿Por qué?, porque la persona es libre de creer en lo que quiera o libre también de no creer y si el solicita en el supuesto de que sufriera una enfermedad incurable y que se encontrara en fase terminal, y que él pidiera que lo ayudarán a “ bien morir ”, yo creo que no se afectaría ningún bien moral ni religioso, ni mucho menos se afectaría al orden común.

La mayoría de las personas argumentan que hablar de eutanasia es un pecado y es atentar en contra de la vida misma, pero, para el caso de un enfermo terminal que ya no le queda o ni siquiera tiene una mínima esperanza de poder restablecer su salud y que nada más está esperando el momento final, es decir el momento decisivo en que llegue la hora de su muerte, que salud espera, ya ninguna. Este enfermo esta muriendo paulatinamente y como se

podría argumentar de que se está atentando contra la propia vida si la vida se le está acabando minuto y segundo a segundo.

Para ayudar a nuestros legisladores en hacer una reforma a la Constitución o mejor dicho, a colocar en nuestra Carta Magna a la Eutanasia, como un derecho y garantía del individuo, tenemos que auxiliarnos en primer lugar de los medios masivos de comunicación, es decir, tanto de la televisión, la radio, los periódicos, revistas etc. se tienen que hacer campañas de información a la ciudadanía como las que actualmente se hacen para prevenir la drogadicción, prevenir el SIDA, entre otras. Se deben de transmitir anuncios, comerciales o slogans, advirtiendo los pros que existen sobre esta práctica. Aquí hay que recalcar que los medios de comunicación jugarían un papel sumamente importante para lograr una cultura sobre la eutanasia en nuestra sociedad mexicana, y así mismo, una cultura sobre la muerte, ya que desgraciadamente en nuestra sociedad, aunque presumimos que la muerte es nuestra compañera o nuestra amiga en realidad no se nos ha enseñado, ni se nos ha educado para esperarla como lo único seguro que tenemos en nuestra vida. Ya que independientemente de todos los sueños que tengamos como poseer un coche o una casa, terminar algún estudio de licenciatura o algún otro anhelo, de los cuales cada individuo nos hacemos alguna gran ilusión, lo único que tenemos seguro es la muerte.

Ahora bien y retornando el tema de la eutanasia, hay que analizar el siguiente ejemplo:

Porque, cuando alguien ve sufrir a algún animal lo sacrifica para no verlo sufrir y lamentarse, ya si no lo hace le llegaría a su mente un sentimiento de crueldad. Por que no hacer lo mismo con un ser humano, con un individuo que esta padeciendo una enfermedad de la cual ya no tiene escapatoria, su única escapatoria sería apresurarle la muerte para poder descansar en paz, que más tarde o más temprano le llegará, lo que le aminoraríamos sería evitarle todos los sufrimientos por los cuales esta pasando. Y si en alguien puede y en sus manos está asistirlo a bien morir, y con esto, ayudarlo un poco o un mucho en disminuir sus sufrimientos, tanto físicos como morales y espirituales, porque no hacerlo; o volviendo al planteamiento del problema de que a un animal si se le tiene piedad o compasión y a un individuo no se le puede tener o no se le puede tratar igual, o bien en lugar de tenerle compasión y apiadarnos de un enfermo terminal con una enfermedad como el cáncer o el

SIDA, o alguna otra que puede ser incurable, dejamos que sufra y quizás para algunos (subjetivamente) representa cierto grado de regocijo con verlos padecer.

Cuando un enfermo se encuentra en el último estadio de su enfermedad; es decir, se encuentra en su fase terminal y que ya se encuentra desahuciado por los doctores que lo atienden, al igual que ha quedado fuera de tratamiento médico, ya que no existen medicamentos o remedio alguno que lo ayude a ir sobrepasando su paupérrima existencia, y ya ni el uso de alguna fuerte droga le mitiga sus angustias, ¿qué puede hacer este enfermo?, aguantar fuertes dolores y mayores sufrimientos, tanto físicos como morales. Aquí, podríamos entender que el enfermo sufre dos veces, ya que padece tanto de dolores físicos (el dolor en su persona o en su cuerpo) y también padece al ver a sus seres queridos (hijos, hermanos, padres) y que estos no pueden hacer nada por ayudarlo, más que lo único que hacen es darle ánimos para que siga “ echándole ganas ” a vivir, pero que más ganas le puede echar el pobre enfermo si su salud por más ánimo y ganas que le ponga nunca se va a restablecer, y esto le afecta hasta psicológicamente.

Sin que se confunda lo siguiente que se escribe con eutanasia económica, hay que ser realistas y debemos entender y comprender, cuanto se gasta en un enfermo que padece una enfermedad incurable y que se encuentra en fase terminal.

Existen personas (casi la mayoría de los familiares de estos pobres enfermos), que son de bajos recursos económicos y que tienen que gastar en medicinas; en visitas al doctor (y esto incluye pasajes o gastos de transportación, entre otros); pagos de consultas a doctores; gastos de alimentación especial para estos enfermos; en algunos casos hasta gastos de cuidado para estos enfermos, etc. Y que realmente, ya no serían necesarios porque nada más se gasta inútilmente, y que en muchas ocasiones sino es que en la totalidad de ellas, los propios enfermos terminales, de viva voz se lo manifiestan a sus propios familiares o amistades y a los propios doctores y enfermeras que los atienden argumentándoles “ que nada más se gasta

inútilmente en ellos y que ese dinero que se gasta se podría utilizar en otras cosas más importantes”.

Ahora bien, para que un enfermo, el cual se encuentra en fase terminal se le pueda aplicar la eutanasia, tendría que solicitarla; es decir, forzosamente tendría que otorgar su consentimiento, ya que si no lo da u otorga, entonces no se le podría aplicar ya que se iría en contra de su voluntad. Y esto hay que recalcarlo y dejarlo bien claro: solamente se podría aplicar la eutanasia, cuando un paciente que se encuentra en estado o en fase terminal de alguna enfermedad incurable (cáncer, SIDA, etc.) la solicite y otorgue su consentimiento para ello; si no, no se podría aplicar este tipo de eutanasia, aunque debe aplicarse también si la persona ya no recupera la conciencia y es un familiar o la persona que se encarga de ellos, lo solicite.

Análisis del Artículo 14º, segundo párrafo constitucional. Como ya se comentó que, el artículo 14, en su segundo párrafo, manifiesta que: “Nadie podrá ser privado de la vida,... 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.” Para el caso de poder aplicar la eutanasia, se tendría forzosamente que llevar a cabo la aplicación de un procedimiento especial, para poder regular esta práctica.

Primeramente, se tendría que crear un Tribunal como en otras legislaciones internacionales, que conociera y estuviera facultado para conocer de este tipo de problemas.

En segundo lugar, la eutanasia se aplicaría únicamente a personas que padecieran alguna enfermedad incurable y que se encontraran en fase terminal de la misma enfermedad.

En tercer término, se tendría que tener el consentimiento de la persona que solicitara la aplicación de la eutanasia y, siempre y cuando sea una persona que padece una enfermedad incurable y de la cual se encuentra en su fase terminal. En cuarto lugar, esta solicitud se tendría que corroborar con una serie de médicos especializados en cada enfermedad de que se tratará. Dicha corroboración se haría con el médico o médicos tratantes del paciente solicitante, los cuales ya conocen el historial clínico de su enfermedad.

Otras formalidades que se necesitarían para llevar un buen procedimiento, sería quizás, que el enfermo terminal, si tiene bienes dejara todo arreglado con un Testamento, entre otros requisitos que los señores legisladores pudieran seleccionar para llevar un eficaz procedimiento eutanásico. Y sería así, como se cumpliría que en nuestra legislación mexicana se permitiera el derecho a morir. Es así como en estas palabras podrían convertirse en realidades, que espero se pudiesen analizarse para poder efectuar un bien a todos esos seres que por desgracia se encuentran privados del goce de su salud y padecen una enfermedad incurable y, que desafortunadamente lo único que les queda es esperar hasta que el desenlace final les llegue, pero mientras seguirán sufriendo todos los pesares de las enfermedades que a cada uno consume.

Por último, cabría señalar que así como todos los individuos tenemos un derecho a la vida, a la educación y al trabajo; también, todos los ciudadanos debemos pugnar por un “ derecho a la muerte ”, que sea elevado a “ garantía individual ” dentro del marco constitucional, y que todas las leyes que de ella emanen modificaran su contenido para lograr esta práctica, no sin antes olvidar que la libertad debe ser respetada.

Tenemos que profundizar en el conocimiento, no se necesita decirle a los científicos o legisladores que continúen esta labor, es claro que la seguirán, los investigadores han de

coordinarse para obtener cuestiones relevantes. Establecer un sistema de accesibilidad, es decir, aparte de la educación es necesario crear la infraestructura suficiente para tener acceso a la información. Es imperativo educar y crear conciencia en todo el personal de salud de que su labor es ayudar a seres humanos.

Establecer un plan económico global ya que todas estas actividades necesitan de un financiamiento para llevarlas a cabo. Además humanismo y derechos humanos, deberíamos vivir en un mundo en que nos interesáramos por nuestros semejantes y en el que concediéramos a todos unos mismos derechos. ¿ Hasta dónde tenemos que llegar para que todos realmente abramos los ojos ?

CONCLUSIONES

Al pronunciamos decididamente a favor de la eutanasia, queremos indicar que nuestra posición trasciende el tema y postula un profundo respeto por la vida y especialmente por la vida humana, aspiramos a que los hombres gocen de una vida verdaderamente humana, que disfruten, no sólo de vida, sino de calidad de vida y de una muerte digna. Estamos ante todo contra la eutanasia social en la que nuestra sociedad condena a los ancianos, aunque no se denomine eutanasia, nos manifestamos en contra de cualquier devaluación o desprecio de la vida humana, en la teoría y en la práctica, que se da en todo genocidio, racismo, elitismo y segregación o marginación económica y social de grupos indígenas, campesinos y sectores sumamente pobres de la población.

En concreto nos declaramos a favor de la legalización de la eutanasia y también de la despenalización, por las siguientes razones.

- La eutanasia ha existido desde los albores de la humanidad de diferentes formas, eugénica, económica, racial, criminal, experimental, solidaria o piadosa.
- Que han sido muchos los proyectos de legislación sobre el presente tema, que sin embargo se han topado con las barreras que pone la sociedad y en la mayoría de las legislaciones continua tipificándose como delito.
- Nos hemos esforzado por asumir una posición basada en un humanismo integral, hemos insistido en clarificar y distinguir los conceptos; hemos establecido cuatro términos: eutanasia, distanasia, adistanasia y ortotanasia, en pocas palabras abreviar la vida para no prolongar la agonía. Concluimos que para nosotros la eutanasia es aquella práctica que pone fin a la vida de los pacientes con un dolor del alma y del cuerpo insostenibles para el ser humano, los cuales la ciencia médica se encuentra imposibilitada para resolver, ocasionando paz y tranquilidad.

- Que los elementos que participan en la eutanasia son el sujeto activo y pasivo, que se requiere que exista una solicitud, la conducta eutanásica, el historial del caso y la petición.
- Pensamos que debe hacerse una distinción clara dando relevancia a las intenciones que existen en los diferentes conceptos, pretendiendo suprimir el dolor, justificando el acto eutanásico, no es lo mismo matar intencionalmente a una persona sana que ayudarle a morir a un enfermo terminal.
- Que la esfera religiosa ha creado confusión en sus creyentes satanizando la práctica y provocando que la gente tenga miedo al castigo divino si traicionan sus postulados.
- Que la eutanasia es un tópico en el cual deben participar todos los campos entre ellos y principalmente la medicina, la psicología, la ética y el derecho y todas sus ramas; pero no sin discriminar a todas las demás materias.
- Que existen sociedades en pro de la eutanasia que promueven dicha práctica, realizan conferencias y publicaciones donde se invita a la gente a participar para que conozcan las ventajas de la eutanasia.
- Que Holanda ha sido el primer país en dar un gran paso, legalizando la eutanasia y ha dejado una ventana abierta a la esperanza, ayudando a que otros países comiencen a estudiar nuevas posibilidades.
- Que a pesar de los avances tecnológicos, la ciencia médica es en ocasiones incapaz de dar solución a ciertas enfermedades y que sobre todo existe esta imposibilidad en nuestro país por estar todavía en vías de desarrollo.
- Que México no cuenta con la capacidad para dotar de atención médica y servicios a todos sus habitantes, y que la eutanasia es un medio eficaz para que aquellos que ya no tienen cura dejen su lugar en las instituciones a aquellos que aún pueden recuperarse y más

aún el poder tener una cultura sobre donación de órganos y salvar una vida o dar a alguien calidad de vida; o evitar el foco de contagio en enfermedades como el SIDA, el ébola.

- Defendemos la libertad como uno de los dones más preciosos del hombre, la auténtica libertad debe ser absoluta; y debemos ejercerla humanamente según nuestras posibilidades de vida y en la muerte según nuestra impotencia basadas en las leyes que nos rigen. Cada etapa de la vida debe ser vivida lo más humanamente posible, con sus dificultades, alegrías, luces o sombras, pero siempre con la riqueza de aportar a la existencia, la auténtica libertad es constructiva, somos libres. Cuando hay deshumanización, se da paso a la crueldad de las acciones.

- Que la eutanasia debe practicarse principalmente en enfermos terminales para evitar que además del dolor el paciente se encuentre en un estado agónico.

- Que no se puede ser responsable ante la vida sino se es responsable ante la muerte. La muerte es el último acontecimiento importante de la vida, y debemos afrontarlo y superarlo humanamente.

- Que incluso en nuestros días hablar de la muerte es un tabú y que además no podemos enfrentarnos contra ella porque es un proceso natural de la vida y desconocemos sobre ella, que desde que tenemos conciencia debemos ser preparados para recibir la muerte adquiriendo así una cultura de la muerte.

- Que el dolor que sentimos cuando una persona se va y nos deja en este mundo, jamás se podrá comprar ni mucho menos superar el dolor que siente el enfermo aquejado de una enfermedad incurable, y que evitemos ser egoístas al no permitir que las personas que sufren sigan con nosotros, aunque sea sólo por presencia física.

- Que se debe de legislar sobre las posibilidades de suprimir el tratamiento y legislar cuidadosamente sobre los derechos del enfermo y que los que existen actualmente se respeten en todas las instituciones que ofrecen servicios médicos.

- Que el Derecho (que tiene como fuentes a la costumbre, los usos, la doctrina, la equidad, la analogía y la jurisprudencia según las consideraciones de los tratadistas) y en realidad en nuestro sistema jurídico tiene una sola fuente: la voluntad del legislador, debe dejarse influenciar por las tendencias actuales. Las reflexiones sobre la historia del movimiento nos ponen en estado de alerta, todos aquellos que nos pronunciamos a favor de la eutanasia buscamos sinceramente valores superiores a la vida, colocando ante todo el sentimiento de piedad.

- El Derecho debe atender al hecho de que tenemos derecho a morir, a la calidad de vida, a morir con dignidad, expresiones que hemos analizado a lo largo del presente trabajo.

- El Derecho debe respetar la eutanasia como una opción para aquellos que ya no tienen alivio, no responden a un tratamiento, se encuentran en fase terminal, se encuentran crisis, el diagnóstico y pronóstico no son favorables, es imposible superar las etapas difíciles por las que pasa el moribundo y el morir es la única esperanza para librarse de este tormento.

- Existen casos en los que existen más desventajas que ventajas, el enfermo ya no se mejora ni con atención médica ni con cuidados paliativos; que existen lugares llamados hospederías en los que los enfermos recibe cuidados más que terapias y su trance hacia la muerte es más confortable y cálido.

- La legalización permite dejar de curar lo incurable, el enfermo terminal puede ejercitar su derecho a morir, en nuestro particular punto de vista un bien jurídico tan grande como es la vida podría terminar en la mejor de las vías.

- La legalización justifica el rechazo de toda terapia, el derecho a realizar el acto de matar por misericordia por ser un móvil noble como un excusante para no violar un bien jurídico tan fundamental como la vida, fomentando la tranquilidad, la armonía y la paz social, entendiéndola como la capacidad del ser humano para entender tal acto.

- Postulamos la legislación específica para evitar equivocaciones despenalizando todas aquellas conductas que tienen como punto basilar el ayudar al enfermo a morir con una actitud humana ante el moribundo.

- Que debemos recapacitar y percibir el sufrimiento profundo que brota del interior de los seres humanos y la angustia que les hace desear desaparecer de este mundo para hallar la paz y el reencuentro con la libertad, cuando la vida es una pesada carga, la muerte es el remedio y la liberación.

- Que las consecuencias de su aplicación sólo pueden ser benéficas para todos (familia, amigos, médicos y todas las personas involucradas con el paciente).

- No podemos cerrar nuestras conclusiones sin hacer un llamado a todos los hombres de buena voluntad, a las instituciones privadas y públicas, a aquellas personas que sufren o se han encontrado en esta difícil situación y que se han topado con un gran muro a que sigamos luchando por que este acto no sea un crimen, sino el más noble acto que el ser humano puede llevar al cabo, sin distinción de credos, sexo, raza o situación económica, donde resplandezca una buena muerte, el amor y la esperanza de dejar atrás el sufrimiento.

LA LIBERTAD DEBE SER RESPETADA.

BIBLIOGRAFÍA

- ALCOCER POZO, JOSÉ. MEDICINA LEGAL, CONCEPTOS BÁSICOS. Ed. Limusa. México. 1993.
- ALMEDAL, CALLE. MOURIR A L'HOPITAL. 1978.
- BACON, SIR FRANCIS. HISTORIA VITAE ET MARTÍN. 1623.
- BARNARD, CHRISTAN. CÓMO ELEGIR SU VIDA, COMO ELEGIR SU MUERTE. Ed. Argos, Barcelona, 1981.
- BASILE, ALEJANDRO. FUNDAMENTO DE MEDICINA LEGAL. 2º ed. Ed. El Ateneo. Buenos Aires. 1991.
- BOUZA, LUIS ALBERTO. EL HOMICIDIO POR PIEDAD Y EL NUEVO CÓDIGO PENAL. Ed. Impresora Moderna. Montevideo, Uruguay. 1935
- CALSAMIGLIA. SOBRE LA EUTANASIA. Ed. Doxa, 1995.
- CANO V., FERNANDO. EUTANASIA: ASPECTOS JURÍDICOS, FILOSÓFICOS, MÉDICOS Y RELIGIOSOS. Ed. UNAM. México, 2001.
- CÁRDENAS, F. RAÚL. ASPECTOS LEGALES DE LA EUGENESIA Y LA EUTANASIA. México, 1979.
- CÁRDENAS G., GUILLERMO. EUTANASIA, USTED DECIDE. Revista Muy Interesante. Año 18, nº 11. México, 2000.

- CARRANCÁ Y RIVAS RAÚL. EL HOMICIDIO CONSENTIDO O LA EXCLUSIÓN DEL INJUSTO Y LA CULPABILIDAD EN EL DELITO DE HOMICIDIO. Revista mexicana de prevención y readaptación social. 1975.
- CARRANCÁ Y TRUJILLO, R. CÓDIGO PENAL ANOTADO. 9º ed. México, 1981.
- CASTELLANOS, FERNANDO. LINEAMIENTOS ELEMENTALES DE DERECHO PENAL. Ed. Porrúa, 15º ed, México, 1981.
- CHARLES, SUSSANE. L'EUTHANASIE. Ed. De Boeck Universite. Bruxelles, France, 1991.
- CHÁVEZ, IGNACIO. MORIR DIGNO Y DECISIÓN MÉDICA. México, 1979.
- CUELLO CALÓN, EUGENIO. EL PROBLEMA JURÍDICO PENAL DE LA EUTANASIA. Ed. Calo. Madrid, 1951.
- CUELLO CALÓN, EUGENIO. EL PROBLEMA PENAL DE LA EUTANASIA. Ed. Bosch. Barcelona, 1955.
- DE PINA, RAFAEL. DICCIONARIO DE DERECHO. Ed. Porrúa. México, 1983.
- DELGADO, FIDEL. INFORMACIÓN AL ENFERMO Y A LA FAMILIA. Ed. Indo-American Press, Bogotá, 1982.
- DEROBERT, L. L'EUTHANASIE. ED. Cahiers Lænnec, 1949.

- DIEGO FARREL, MARTÍN. LA ÉTICA DEL ABORTO Y LA EUTANASIA. Ed. Abeledo-Perrot. Buenos Aires, Argentina, 1993.
- DIEZ RIPOLLÉS. EUTANASIA Y DERECHO. Ed. Universidad de Santiago de Compostela, Valencia, 1999.
- DYCK, ARTHUR. ALTERNATIVE VIEWS OF MERCY. Ed. Prometheus Books, New York, 1975.
- ELIZARDI BASTERRA, J. MORAL DE LA VIDA Y LA SALUD, PRAXIS CRISTIANA. Ed. Paulinas. Madrid, 1981.
- FERNÁNDEZ G., AUGUSTO. MUERTE REAL. México, 1979
- FLETCHER, JOSEPH. THE RIGHT TO LIVE AND THE RIGHT TO DIE. Ed. Prometheus Books, New York, 1975.
- FLORIS M., GUILLERMO. EUTANASIA. Revista Lex Año 3 n° 14, México, 1988.
- GAFO, JAVIER. EUTANASIA Y DERECHO A MORIR EN PAZ. Ed. Paulinas. Madrid, 1984.
- GASCÓN A., MARINA. PROBLEMAS DE LA EUTANASIA. Sistema de revista de Ciencias Sociales n° 106. Madrid, España, 1992.
- GÓMEZ, EUSEBIO. TRATADO DE DERECHO PENAL. Ed. Compañía Argentina de Editores, Buenos Aires, 1939.
- GÓMEZ, MARTÍN. APROXIMACIÓN JURÍDICA AL PROBLEMA DE LA EUTANASIA EN LA LEY. España, 1992.

- GÓMEZ LÓPEZ. **EL HOMICIDO**. Tomo II, Ed. Temis. Bogotá, 1993.
- GONZÁLES DE LA VEGA, F. **DERECHO PENAL MEXICANO, LOS DELITOS**. Ed. Porrúa, 17ª edición. México, 1981.
- GONZÁLEZ B., JUNA. **EUTANASIA Y CULTURA**. Asociación Mexicana de Sociología. UNESCO. México, 1952.
- GONZÁLEZ R., MARIANO. **EUTANASIA**. Ed. Edimat Libros. España, 2000.
- GRACIA, D. **LA EUTANASIA Y EL ARTE DE MORIR**. Ed. Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas, 1990.
- GÜNTHER, JAKOBS. **SUICIDIO, EUTANASIA Y DERECHO PENAL**. Ed. Tirant Le Blanch. Valencia, 1999.
- HÄRING, BERNHARD **MORAL Y MEDICINA: ÉTICA MÉDICA Y SUS PROBLEMAS ACTUALES**. ED. PS, Madrid, 1977.
- HART, H. L. A. **LAWS AND MORALS**. Ed. Oxford University Press, London, 1977.
- HIGUERA, GONZALO. **DISTANASIA Y MORAL: EXPERIMENTOS CON EL HOMBRE**. Ed. Santander, 1973, España.
- HIGUERA, GONZALO. **ORTOTANASIA**. Ed. Paulinas. Madrid. 1977 p. 635.
- HORTELANO, A. **PROBLEMAS ACTUALES DE MORAL II: LA VIOLENCIA, EL AMOR Y LA SEXUALIDAD**. Ed. Sígueme, Salamanca, 1980.

- JIMÉNEZ DE ASÚA, LUIS. **EUTANASIA Y HOMICIDIO POR PIEDAD.** 7º ed. Ed. Depalma. Buenos Aires, Argentina, 1984.
- JIMÉNEZ DE ASÚA, LUIS. **LIBERTAD DE AMAR, DERECHO A VIVIR.** Ed. Losada. Buenos Aires, 1942.
- JIMÉNEZ DE ASÚA, LUIS. **TRATADO DE DERECHO PENAL IV, EL DELITO.** Ed. Losada. Buenos Aires, 1942.
- JUANATEY D, CARMEN. **DERECHO, SUICIDIO Y EUTANASIA.** Ed. Ministerio de Justicia e Interior Centro de Publicaciones, Madrid, 1994.
- KIEFFER, GEORGE. **BIOÉTICA.** Ed. Alambra, Madrid, 1983.
- LÓPEZ DEL C., EMMANUEL. **EUTANASIA, ¿ ACASO UN MAL NECESARIO ?.** UNAM. México, 1983.
- LÓPEZ, ESAÚ. **VIEJOS Y NUEVOS MALES.** Periódico Reforma, 24 de agosto del 2003.
- MAGUIRE, DANIEL. **LA MUERTE LIBREMENTE ELEGIDA.** Ed. Sal Terrae. Santander, 1975.
- MANTILLA J., RODOLFO. **EUTANASIA, TEMAS SOCIO-JURÍDICOS.** Vol. 11. Año 25. Ed. Bucaramanga. Colombia, 1992.
- MARCOS, ANA MARÍA. **LA EUTANASIA.** Ed. Ediciones Jurídicas y Sociales. Madrid, 1999.

- MATHIEU, HÉLÈNE. ELLOS TIENEN DERECHO A VIVIR. Ed. Paulinas. Florida, 1966.
- MORO, TOMÁS, UTOPIÍA. Ed. Nuevomar, México, 1984.
- NIÑO, LUIS FERNANDO. EUTANASIA, MORIR CON DIGNIDAD. Ed. Universidad. Buenos Aires, Argentina, 1994.
- NÚÑEZ PAZ, MIGUEL ÁNGEL. HOMICIDIO CONSENTIDO, EUTANASIA Y DERECHO A MORIR CON DIGNIDAD. Ed. Tecnos, 1999, Madrid.
- ODEN, THOMAS. SHOULD TREATMENT BE TERMINED ?. Ed. Harper and Row. New York. San Francisco, London, 1976
- ORAISON, MARC. L'EUTHANASIE ET LE MYSTÈRE DE L'HOMME. Cahiers Laënnec, 1963.
- ORDEIG, G. INDUCCIÓN Y AUXILIO AL SUICIDIO.3º ed, Madrid, 1990.
- PAGÁN P., REGINO. LA EUTANASIA. Revista jurídica de la Universidad Interamericana de Puerto Rico. Vol. 2. Puerto Rico, 1978.
- PAVÓN V., FRANCISCO. LECCIONES DE DERECHO PENAL. Ed. Porrúa. México, 1976.
- PÉREZ VALERA, VÍCTOR. EUTANASIA ;PIEDAD? ;DELITO? Ed. Jus. México, 1989.

- PLATÓN. DIÁLOGOS. Ed. Porrúa, Col. “ Sepancuántos... ”. 12ª edición, México, 1981.
- PORTE PETIT. APUNTAMIENTOS DE LA PARTE GENERAL DE DERECHO PENAL. Ed. Jurídica Mexicana. México, 1969.
- PORZIO, MARIO. EUTANASIA. Ed. Giuffrè. Ed. 1967.
- PORRÚA, JOAQUÍN. DERECHO A VIVIR, DERECHO A MORIR. Ed. Porrúa, México, 1991.
- PUY, FRANCISCO. LA EUTANASIA HOY. Revista Persona y Derecho n° 26. Pamplona, España, 1991.
- RAMÍREZ D., MARIANO. EUTANASIA. Revista Médica La Salle n° 28. Vol. 8. México, 1986.
- RIPOLLÉS, QUINTANO. EUTANASIA. Ed. Seix, Madrid, 1982.
- RODRÍGUEZ, RUTH. PERIÓDICO EL UNIVERSAL. Primera plana. 2003.
- ROYO VILLA, NOVOA. EL DERECHO A MORIR SIN DOLOR. Madrid, 1929.
- SANTINDRIAN, P. CLASIFICACIÓN DEL CONCEPTO DE EUTANASIA. Ed. Tecnos. Madrid, 1989.
- SCHAERER, RENÉ. LES HOMMES DEVANT LA MORT. Ed. du Cerf. Paris, 1975.

- SCHAERER, RENÉ. COMMENT SE POSE LA QUESTION DE L'EUTHANASIE? Ed. Du Cerf. Paris, 1975.
- SCHOVAL, ALFREDO. MANUAL DE MEDICINA LEGAL, PRÁCTICA FORENSE. 3° ed. Ed. Abeledo Perrot. Buenos Aires, Argentina. 1980.
- SÉNECA. TRATADOS FILOSÓFICOS, CARTAS. Ed. Porrúa, Col. "Sepan Cuantos...". México, 1979.
- THOMAS, LOUIS-VINCENT. RÉFLEXIONS À PROPOSE DE L'EUTHANASIE. Ed. Lumière, 1978.
- URRACA , SALVADOR. EUTANASIA HOY, UN DEBATE ABIERTO. Ed. Noesis. Colección Humanidades Médicas. Madrid, 1996.
- URRACA , SALVADOR. PROBLEMAS ACTUALES SOBRE LA MUERTE Y EL MORIR. Revista de occidente, n° 74, 1985.
- VÁZQUEZ, RODOLFO. BIOÉTICA Y DERECHO. Fondo de Cultura Económica. México, 1999.
- VINCENT P., NORMAN ENTHUSIASM MAKES THE DIFFERENCE. Ed. Fawcett Crest. New York, 1991.
- WILLIAMS, GLANVILLE. EUTANASIA LEGISLATION. Ed. Prometheus Books. New York, 1976.
- ZIEGLER, JEAN. LOS VIVOS Y LA MUERTE. Ed. Siglo XXI. México, 1976.

ZUGALDIA, JOSÉ MIGUEL. ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA EUTANASIA. Revista Chilena de Derecho. Vol. 14. Santiago de Chile, 1987.

TORRES, JOSÉ. MEDICINA LEGAL, TEMAS PARA ESTUDIO. 7º ed. Ed. Francisco Méndez. México. 1976.

Código Penal para el Distrito Federal

Ejecutoria. 9º, Pleno; SJF y su gaceta. XV. marzo del 2002. p. 793.

Enciclopedia Danae

Enciclopedia Encarta

Enciclopedia Quillet.

Enciclopedia Salvat

Ley general de salud

Nuevo Código Penal para el Distrito Federal

<http://degenp.unam.mx/planteles/p8/mixcoac/PLANTILLA/eutanasia2.html>

<http://usuarios.lycos.es/vivirlaperdida/>

<http://www.medicina.4t.com/>

www.actaulderechosanitario.com/eutanasia.htm

www.aebioetica.org

www.analitica.com

www.anestesiaweb.ens.uabc.mx

www.bioderecho.cl

www.bioetica.bioetica.org

www.bioetica.web.com

www.bioinsbor.org

www.canalsocial.com

www.churchforum.org.mx

www.conferenciaepiscopal.es

www.conoze.com

www.corazones.org/moral/vida/eutanasia

www.dolor.es
www.dolorytanatologia.com
www.el-mundo.es
www.eutanasia.blogspot.com
www.eutanasia.ws/
www.eutanasiarohden.hpg.com.br
www.euthanasia.com
www.euthanasiacclr.hpg.ig.com.br
www.filosofia.org
www.fundacioninfosalud.org
www.fundamor.org/co/ps/eutana/hot
www.galenored.com
www.lavozdelinterior.com
www.medicos.sa.cr/asociaciones/asodm
www.menteabierta.org
www.mexico.web.com.mx/salud
www.mipunto.com/temas/02/eutanasia
www.monografias.com/trabajos/eutanasia/eutanasia.shtml
www.muertedigna.com/
www.portaldaluz.com.br
www.psicologiaparatodos.org
www.salud.bioetica.org
www.salud.com.co
www.siicsalud.com/dato
www.tanatologia.org.mx
www.unesco.org
www.vidahumana.org
www.vinculum-news.com/sánish/euthanasia
www.vozactolica.com
www.webislam.com