



UNIVERSIDAD LATINA, S. C.
CAMPUS CENTRO
INCORPORADA A LA UNAM

“MANIFESTACIÓN DE LA VOLUNTAD FEHACIENTE,
SOBRE EL FINAL DE LA VIDA. UNA ALTERNATIVA
PARA LA APLICACIÓN DE LA EUTANASIA EN EL
DISTRITO FEDERAL”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

LICENCIADA EN DERECHO

PRESENTA:

KARINA FLORES BECERRA

ASESOR: LIC. JOSÉ FERNANDO CERVANTES MERINO

MÉXICO, D.F.

2007



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.

A mi madre por ser parte fundamental en mi vida, por compartir sus conocimientos en la realización de esta investigación, por su apoyo, sus consejos y dedicación para la elaboración de la misma, pero esencialmente por ser quien es, gracias por todo.

Te Amo.

A mi padre por todo el apoyo que siempre me has brindado, por la comunicación, el amor y la confianza que nos une, gracias por todo.

Te Amo.

Estaré eternamente agradecida con ustedes. A los dos, muchas gracias, por ser además de mis padres, mis mejores amigos, por su infinito amor y su apoyo siempre incondicional.

A mi hermano, por todos y cada uno de los momentos que hemos compartido y por que siempre, podremos tener la certeza de contar el uno para el otro. Te Quiero Mucho.

A mi sobrino Betito, por brindarme siempre una sonrisa y enseñarme las cosas más simples y hermosas de la vida. Te Adoro.

A mis amigas y amigos, a todos y cada uno de ustedes, gracias por ser parte de mi vida; gracias por permitirme ser parte de la suya.

Al Lic. José Fernando Cervantes Merino, además de ser un excelente catedrático y una magnífica persona, por dedicar su valioso tiempo a la revisión de esta investigación, así como por las observaciones realizadas para el enriquecimiento de la misma.

Pero sobre todo a Dios por permitirme concluir este proyecto.

¡GRACIAS A TODOS!

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	
CAPITULO PRIMERO	
ASPECTOS GENERALES DE LA EUTANASIA	
I.1. Antecedentes Generales	1
I.2. Marco Conceptual	6
I.2.1 Eutanasia	6
I.2.2 Estado Terminal	12
I.2.3 Estado Agónico	12
I.2.4 Paciente terminal	13
I.2.5 Enfermedad Aguda	13
I.2.6 Enfermedad Subaguda	13
I.2.7 Enfermedad Crónica	13
I.3. Clasificación	13
I.3.1 Por la acción	13
I.3.2 Por la intención	14
I.3.3 Por la libertad	14
I.3.4 Distanasia	14
I.3.5 Adistanasia	15
I.3.6 Ortotanasia	15
I.4. Consideraciones filosóficas y religiosas	15
I.4.1 La eutanasia en la historia del pensamiento	15
I.4.2 La perspectiva religiosa	19
I.4.2.1 En la Iglesia Católica	19
I.4.2.2 En el Judaísmo	25
I.4.2.3 En las Iglesias Ortodoxas	27
I.4.2.4 En la Tradición Protestante	27
I.4.2.5 Testigos de Jehová	28

CAPITULO SEGUNDO
ASPECTOS BIOÉTICOS EN EL MANEJO DE PACIENTES
CON ENFERMEDAD TERMINAL Y DOLOR CRÓNICO

II.1. La familia y el paciente terminal	29
II.2. Los Derechos del paciente terminal	35
II.2.1 Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del paciente	35
II.2.2 Carta de los Derechos Generales de los pacientes	41
II.2.3 Protección de los Enfermos en la etapa final de su vida	44
II.3. Cuidados paliativos y encarnizamiento terapéutico	50
II 4. Consentimiento informado	56

CAPITULO TERCERO
CONSIDERACIONES JURÍDICAS INHERENTES A LA EUTANASIA

III.1. Derecho comparado	60
III.1.1 En los Países Bajos	64
III.1.2 En Colombia	70
III.2. Legislación Mexicana	81
III.2.1 Nuevo Código Penal para el Distrito Federal	81
III.2.2 Ley General de Salud	83
III.3. Perspectiva desde el punto de vista penal	85
III.3.1 Causas Excluyentes del Delito	85
III.3.2 Consentimiento del sujeto pasivo en la Eutanasia	88
III.3.2.1 Naturaleza Jurídica del consentimiento del sujeto pasivo	90
III.3.2.2 Bien Jurídico Protegido	92
III.3.3 La Pena	94
III.3.3.1 Conceptos	95
III.3.4 Punibilidad	98
III.3.4.1 Excusas Absolutorias	99

**CAPITULO CUARTO
PROPUESTA JURÍDICA**

Propuesta jurídica 102

Conclusiones 127

Bibliografía 130

INTRODUCCIÓN

Hablar sobre el tema de la eutanasia es muy polémico, debido a que existen posiciones tanto a favor, como en contra respecto a la práctica de la misma, asimismo, el debate sobre el tema se ha acentuado cada vez más, ya que los avances de la medicina y la tecnología han logrado prolongar la vida de manera artificial.

Desde épocas remotas el tema ha sido objeto de discusiones de doctos, filósofos y legos, por la complejidad de su problemática, ya en el siglo XXI sociólogos, médicos, abogados y religiosos, seguimos discutiendo la conveniencia de legalizar la práctica de la eutanasia.

En el presente trabajo de investigación sustentaremos que la manifestación de la voluntad fehaciente, sobre el final de la vida, es una alternativa para la aplicación de la eutanasia en el Distrito Federal, motivándola en el derecho a la libertad de las personas a decidir sobre el final de su vida.

En el capítulo primero estudiaremos lo relativo a la eutanasia, sus antecedentes generales, el marco conceptual, su clasificación, así como las consideraciones filosóficas y religiosas.

En el capítulo segundo nos basamos en la importancia de los aspectos bioéticos, con relación a la familia y el paciente terminal, los derechos del paciente, los cuidados paliativos, el encarnizamiento terapéutico, y el consentimiento informado.

En el capítulo tercero, analizaremos la situación legal de la eutanasia en diversos países, fundamentalmente, la legislación holandesa, colombiana y mexicana, asimismo la perspectiva desde el punto de vista penal.

En el capítulo cuarto, presentamos diversos casos prácticos y testimonios de experiencias relacionados con la eutanasia, además damos a conocer los resultados de una muestra representativa de algunos profesionales del área de la salud, del ámbito jurídico, entre otros, y de la sociedad en general relativa a su opinión y consideraciones sobre la eutanasia y para finalizar, emitimos nuestra propuesta jurídica respecto a este controvertido tema.

CAPITULO PRIMERO

ASPECTOS GENERALES DE LA EUTANASIA

I.1 ANTECEDENTES GENERALES.

Nuestro mayor sufrimiento es sabernos mortales, y esta conciencia se magnifica en el lecho de dolor. El dolor físico y la incapacidad de disfrute llevan con frecuencia al individuo a preferir la muerte a esto hay que agregar eventualmente la pérdida de facultades mentales y físicas, la depresión, el sentimiento de abandono y la soledad; el ver a los seres queridos padecer por la suerte de uno, la falta de comunicación, el mal trato, el miedo al más allá, pero sobre todo la pérdida inminente de la vida. Sí, hierde profundamente perder a un ser querido, abandonar todo lo amado es indescriptible, son tantas cosas que se suman al dolor de morir que bien puede elaborarse una taxonomía del sufrimiento en el moribundo.¹

Leakey señala en su obra *El origen del hombre* que para paliar este dolor la humanidad ha levantado mitos, leyendas, religiones y filosofías. La conciencia de finitud nos ha empujado desde siempre a creer en un más allá, tal como lo demuestran los entierros rituales del hombre de *Neanderthal*, de hace sesenta mil o más años, en los que el cadáver era colocado sobre hierbas medicinales,² con la obvia intención de proveerlo contra el dolor y la muerte aun en otra vida. Un día creyó encontrar en una hierba el remedio para su pena; era una especie de artemisa a la cual nombró *atanasia*, es decir, "sin muerte", y que hoy se conoce como hierba de Santa María, pronto se percató de lo limitado de su

¹ Chernyl, N. I. *et al.*, "Suffering in the Advanced Cáncer Patient: A Definition and Taxonomy", *Journal of Palliative Care*. Traducción: "Sufrimiento en paciente de cáncer avanzado: Una Definición y Taxonomía", Periódico de Cuidado Paliativo, vol. 10, núm. 2, 1994, pp. 57-67.

² Leakey, R. E., *El origen del hombre*, México, Ed. Conacyt, 1ª edición, 1981, pp. 172 y 173. "Es indudable la importancia de los sucesos de Shanidar y, junto con los otros muchos ejemplos de entierros rituales, hablan claramente de un sentimiento profundo por la calidad espiritual de la vida".

hallazgo. San Agustín asevera que la única certeza que tenemos en la vida es la muerte y, a partir de ella, no nos queda más que anhelar una buena muerte, como un sueño, como el primer sueño.³

El término eutanasia, compuesto por las raíces griegas eu y thanatos, que significan “bueno” y “muerte”, respectivamente, ha sido utilizado desde el tiempo de la cultura grecorromana para referirse a una muerte fácil, tranquila y sin dolor. Para asegurar una buena muerte, el Estado ateniense proveía de cicuta al ciudadano que la solicitara. Posidoppos, el poeta, afirmaba: "Nada mejor puede el hombre pedir en suerte a los dioses, que una buena muerte".⁴

Al parecer, el primer registro de su uso se encuentra en la obra del historiador romano Suetonio (s.69-125 dC), *La vida de los doce césares*, en la que relata que César Augusto tuvo una muerte dulce, a la medida de sus deseos, según lo que había expresado siempre que escuchaba que alguien moría rápidamente y sin dolor. Por eso pedía para él y su familia una similar eutanasia.⁵

Desde luego, el hecho de que el término fuera acuñado en este tiempo no significa que la práctica no existiera desde antes. Como señala Diego Gracia, en los pueblos primitivos han existido muchos tipos de prácticas eutanásicas que consisten en acciones o rituales realizados con el fin de dejar morir a miembros de la comunidad por diferentes razones: su edad avanzada, su invalidez, su incompetencia, o por padecer una enfermedad incurable acompañada de grandes dolores, éstas prácticas las realizaban familiares, chamanes o hechiceros, e incluían lo mismo ayudar a morir, en el sentido de acompañar en el paso de la vida a la muerte, que acelerar la muerte misma.

³ Leakey, R. E., op. cit. pp. 172 y 173.

⁴ Pérez Valera, V. M., *Eutanasia. ¿Piedad? ¿delito?*, México, Ed. Jus, 1ª edición, 1989, p.95.

⁵ S. Urraca, "Eutanasia: concepto y contexto", en S. Urraca, *Eutanasia hoy. Un debate abierto*, Noesis, Madrid, 1ª ed. 1996, pp. 43-66.

En Grecia, con la llegada de la medicina científica, la práctica quedó a cargo de los médicos: fue el momento de la medicalización de la eutanasia.⁶ Según este autor es equivocada la idea tan extendida de que la medicina siempre se ha opuesto a la eutanasia porque ésta va en contra del objetivo de defender la vida. En realidad, existe evidencia de que la medicina occidental ha sido eutanásica desde su origen. Para demostrarlo recuerda a Platón en La república, donde señala que la medicina debe dirigirse sólo a los seres con una constitución sana para librarlos de alguna enfermedad, y no a personas crónicamente enfermas o inútiles que son una carga para la sociedad.⁷ La posición de Platón coincide con la de los médicos hipocráticos, quienes consideraban que no había que tratar las enfermedades incurables, y que había que dejar morir a las personas débiles. De acuerdo con Gracia, esta idea de no tratar lo que no es tratable corresponde al desahucio, práctica que se seguía porque se comprendía que la medicina no debe tratar de curar lo que no puede curar.⁸

Se entiende que hay una diferencia entre el desahucio y la muerte rápida y dulce que requiere la ayuda de un médico, la primera práctica consistía en no tratar de curar lo incurable, mientras que la segunda debía incluir la administración de alguna droga para conseguir que la muerte se produjera a la brevedad y sin dolor es una distinción que podría corresponder a la que existe en la actualidad entre eutanasia pasiva y eutanasia activa. Lo cierto es que no puede haber duda de que se practicaba la eutanasia activa, pues sólo así se explicaba que el juramento hipocrático prohibiera expresamente a los médicos administrar a sus pacientes un fármaco mortal, aunque así lo pidiesen.⁹

⁶ D. Gracia, "Historia de la eutanasia", en S. Urraca, Eutanasia hoy. Un debate abierto, Noesis, Madrid, 1ª ed. 1996, pp. 67-91.

⁷ Ibid. pp. 67-91.

⁸ Ibid. pp. 67-91.

⁹ Para consultar el juramento hipocrático véase Bioética. Temas y perspectivas, Organización Panamericana de la Salud, Washington, 1990, p. 221 (Publicación científica, 527).

Cicerón emplea la palabra eutanasia añadiéndole un sentido de honor y nobleza. La práctica de la eutanasia fue recomendada por Platón, Aristóteles y luego por Lutero.¹⁰

Con la influencia del cristianismo la eutanasia fue condenada, lo mismo que el suicidio. Por un largo período de casi doce siglos, que se inició alrededor del siglo III, imperó la idea de que Dios era el único que podía disponer de la vida de las personas. Se aceptaba que tanto la vida como el sufrimiento formaban parte de los planes divinos, por lo que se prohibía toda acción encaminada a acelerar la muerte de alguien, por muy dolorosa que fuera su agonía.¹¹

A partir del siglo XIV cambiaron las actitudes hacia el suicidio y la eutanasia. Con el Renacimiento, los valores griegos y romanos adquirieron otra vez importancia y se dieron las condiciones para pensar en la “muerte fácil” como opción.¹²

Tomás Moro y Michel de Montaigne, en el siglo XVI, llegaron a considerarla una opción racional y éticamente válida si es voluntaria y se da en ciertas circunstancias.

El término *eutanasia* se popularizó a partir del siglo XVII y se usó ampliamente para designar diversas formas de muerte tranquila y natural. En este siglo, dicho término fue introducido al inglés por el filósofo Francis Bacon,¹³ quien consideraba necesario que los médicos auxiliaran a los enfermos próximos a morir para que tuvieran una muerte tranquila. En su obra *El avance de la ciencia*, distinguía esta forma de eutanasia “externa”, concebida como una ayuda del médico para acelerar la muerte, de la eutanasia entendida como asistencia que prepara al

¹⁰ Thomasma, D. C. y Graber, G. C., *Eutanasia*, Nueva York, Ed. Continuum, 1ª ed. 1900, p. 1.

¹¹ D. Humphry y A. Wickett, *The right to die*, Helmock Society, Oregon, 1990; W. T. Reich, *Encyclopedia of Bioethics*, edición revisada, vol. 1, Simon & Schuster Macmillan, Nueva York, 2ª edición, 1995, pp. 554-563.

¹² *Ibid.* pp. 554-563.

¹³ *Ibid.* pp. 554-563.

alma para tener una buena muerte.¹⁴ A partir de entonces se escucharon más voces que reivindicaron la eutanasia, lo mismo de filósofos y escritores, que de médicos.

Una importante obra a favor de la eutanasia fue *Medical euthanasia*, que Karl F. H. Marx publicó en 1826, y en la cual expone la necesidad de enseñar a los médicos a cuidar técnica y humanamente a los enfermos que están cerca de su muerte.¹⁵

En las siguientes décadas se dieron otras recomendaciones en el mismo sentido, como las del doctor Frank E. Hitchcock, quien instaba a los médicos a reconocer las necesidades de sus pacientes terminales y acabar con su sufrimiento.¹⁶

En la primera mitad del siglo XX, tanto en América como en Europa se discutía la conveniencia de legalizar la eutanasia, y entonces surgieron las primeras asociaciones en defensa del derecho a una muerte digna, sin embargo, este proyecto se vio ensombrecido por el terrible genocidio que por esos años los nazis presentaron como proyecto eutanásico.

También vino la guerra con sus propios horrores y una presencia invasora de la muerte, pero con ella se dieron notables progresos médicos como consecuencia de la masiva y urgente necesidad de asistir a los heridos, la segunda mitad del siglo XX se caracterizó, sobre todo en las últimas décadas, por un acelerado avance de la tecnología médica, que produjo cambios muy significativos en la atención de los pacientes, tanto en la forma de morir como en el concepto mismo de muerte. El debate sobre la eutanasia se intensificó a causa del creciente número de personas que se encontraron en situaciones en las que se

¹⁴ D. Gracia, op. cit., p. 80.

¹⁵ Este médico Karl F. H. Marx, 1977 [1826], "Medical euthanasia", en *Ethics in medicine. Historical perspectives and contemporary concerns*, pp. 495-497, editado por Stanley Joel Reiser, Arthur J. Dyck y William J. Curran, MIT Press, Cambridge, Mass.

¹⁶ D. Humphry y A. Wickett, op. cit., p.11.

consideraba deseable poner fin a sus vidas, así como el creciente número de casos llevados a juicio, acusados de homicidio por haber ayudado a morir a algún familiar para terminar con su sufrimiento por lo cual, varios países europeos restaron severidad a las condenas contra la eutanasia.

En el siglo XXI seguimos discutiendo. El hecho es que, según noticias, cada día la balanza se inclina, parece, hacia una aceptación de la eutanasia.

I.2 MARCO CONCEPTUAL.

I.2.1 EUTANASIA.

Eutanasia, del Griego Eu y Thánatos, significa, por sus raíces, Buena Muerte. El origen etimológico que alude a una buena muerte es demasiado general y se presta a incluir interpretaciones muy distintas. Por lo que, estudiaremos otras definiciones.

El Diccionario Jurídico Espasa señala que por eutanasia, en términos genéricos, debe entenderse “aquel comportamiento que, de acuerdo con el interés o voluntad de otra persona que padece una lesión o enfermedad incurable, generalmente mortal, que le causa graves sufrimientos y afecta considerablemente a su calidad de vida, da lugar a la producción, anticipación o no aplazamiento de la muerte del afectado”.¹⁷

La Organización Mundial de la Salud, cruda y escuetamente, define la eutanasia como la "acción del médico que causa deliberadamente la muerte del paciente".

El Diccionario Ilustrado de Medicina, Dorland, dice de ella: Muerte fácil e indolora.

¹⁷ Diccionario Jurídico Espasa, Editorial Espasa Calpe, S. A., Madrid. Tomo Único. Nueva edición totalmente actualizada, 2001, p. 665.

Muerte piadosa provocada en una persona que sufre una enfermedad incurable y dolorosa.¹⁸

La Asociación Médica Americana, en 1973, opinó que es “acabar intencionalmente, por piedad, la vida de otro ser humano”. El mismo año, el moralista español Gonzalo Higuera en su obra *Distanasia y moral: experimentos con el hombre*, citado por Pérez Valera, propuso: Es la práctica que procura la Muerte, o mejor, abrevia una vida, para evitar grandes dolores y molestias al paciente, a petición suya, de su familia, o de alguien que conoce, presencia e interviene en el caso concreto del moribundo.¹⁹

Marc Oraison, dos años después, es más concreto: Matar a alguien para impedirle sufrir.²⁰

Pérez Valera, 1989, nos da una definición, quizá la más completa: Es la acción positiva y directa, o la omisión dolosa, 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 de la víctima. Muchos prefieren describirla por el término: Matar por piedad.²¹

De acuerdo con la *Encyclopedia of Bioethics*²² existen cuatro significados de euthanatos que se han manejado a lo largo de la historia: 1) Inducir la muerte a quienes están sufriendo; 2) terminar con la vida de quienes son indeseables; 3) dar atención a los moribundos, y 4) dejar morir a las personas. Llama la

¹⁸ Dorland. *Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina*. Volumen II. 26ª. Edición, 1986. México: Nueva Editorial Interamericana S.A. de C.V. p. 586.

¹⁹ Cfr. Higuera, Gonzalo, “*Distanasia y moral: experimentos con el hombre*”, Santander, 1973, p.252; Pérez Valera, V. M., op. cit., p.24.

²⁰ Cfr. Marc Oraison en Reyes Zubiría L.A., *Curso Fundamental de Tanatología*, Tomo IV Suicidio, Ed. Triple A Diseño, S.A. de C.V. 1ª ed. 1999, p. 171.

²¹ Pérez Valera, V. M., op. cit. pp.1-25

²² W. T. Reich, *Encyclopedia of Bioethics*, edición revisada, vol. 1, Simon & Schuster Macmillan, Nueva York, 2ª edición, 1995, p. 554.

atención que Harold Vanderpool,²³ autor del apartado correspondiente a la definición en dicha enciclopedia, aclare que los dos primeros sentidos corresponden a las definiciones y al uso común de la actualidad. Todos los sentidos coexisten, aún cuando correspondan a acciones que entre sí mantienen diferencias muy importantes. Así, vemos que el primer sentido, “inducir la muerte a quienes están sufriendo”, se refiere a un acto motivado por compasión, si bien en esta definición falta especificar quién toma la decisión de poner fin a la vida, aspecto decisivo a la hora de juzgar la moralidad de esta práctica. En cambio, en el segundo sentido, “terminar con la vida de quienes son indeseables”, se describe un acto completamente diferente, pues esta motivado por la discriminación. En este caso, lo que parece más preocupante es que haya sujetos que se atribuyan el poder para decidir cuáles personas indeseables deben ser eliminadas.

Según el mismo autor, el tercer significado, “dar atención a los moribundos”, coincide con el de Francis Bacon quien, ya hemos mencionado en los antecedentes generales, afirmaba que los médicos debían ayudar a los enfermos a tener una muerte tranquila. Sin embargo, este sentido resulta demasiado amplio porque no aclara en qué consiste esta ayuda ni a qué fin se dirige, si a aminorar los dolores del cuerpo o los del alma. Por su parte, el cuarto significado, “dejar morir a las personas”, corresponde, para Vanderpool, a la llamada eutanasia pasiva. No cabe duda de que existe una relación con esta forma de eutanasia, pero creemos que el dejar morir no debe asimilarse del todo con ella.

Si bien la Enciclopedia of Bioethics incluye un extenso desarrollo sobre aspectos relevantes de la eutanasia, no se ocupa de precisar una definición. Sucede algo similar al revisar un libro dedicado al tema de la muerte: la Encyclopedica of

²³ W. T. Reich, op.cit., vol. 1, p.554.

Death.²⁴ Joseph Richman, el autor del apartado correspondiente, menciona que el significado etimológico es “una buena muerte, tranquila y sin dolor”, y propone como definición: “los procedimientos para conseguir esa forma de muerte”. Asegura que éste es el aspecto realmente polémico del tema, y comenta que la misma palabra se emplea para referirse tanto a una forma de muerte deseable (cualquier forma de “buena muerte”), como a una que algunos consideran moralmente inaceptable. Por otra parte, el autor está convencido de que el tema de la eutanasia es ineludible en el contexto actual de la medicina, cuyos avances nos enfrentan con nuevos dilemas éticos relacionados con la terminación de la vida.

Con lo expuesto hasta aquí nos damos cuenta de que la práctica de facilitar la muerte es muy antigua, pero también que el término eutanasia, que ha servido para referirse a ella, es difícil de aprehender por la diversidad de sentidos con que ha sido utilizado. Lo mismo se refiere a la muerte tranquila y sin dolor que requiere la ayuda de un médico, que a la muerte que llega sin luchar contra ella, la cual puede no garantizar la ausencia de dolor, pero que se considera deseable porque evita el sufrimiento inútil que se produce al intentar curar lo incurable, también se ha utilizado para definir el cuidado que se tiene hacia los enfermos para ayudarlos a morir en paz, haciendo énfasis en el sentido espiritual. Finalmente, se ha llegado a utilizar el término para designar una práctica por medio de la cual la sociedad elimina miembros que considera inútiles e inferiores. Así como en su tiempo los griegos y romanos consideraron beneficioso para el Estado poner fin a la vida de niños y adultos con malformaciones o invalidez, con la misma intención eugenésica²⁵ en la Alemania nazi se justificó el exterminio de miles de personas.

²⁴ R. Kastenbaum y B. Kastenbaum, *Encyclopedia of Death*, Avon Books, Nueva York, 1993, pp. 114-119.

²⁵ Véase W. T. Reich, *op. cit.*, vol. 2, p. 765.

De manera que tenemos una palabra que favorece la ambigüedad y confusión, lo cual tiene consecuencias importantes cuando se busca hacer una valoración moral de una práctica para discutir la conveniencia de permitirla y legalizarla; por ello se demuestra cuán necesario es contar con una definición mucho más precisa de la eutanasia que permita distinguirla de otras prácticas que de alguna manera se relacionan con ella.

En la obra *The Oxford Illustrated Companion to Medicine*,²⁶ los autores del apartado sobre eutanasia advierten que es prácticamente imposible dar una definición con la que todos estén de acuerdo y con la que nadie se ofenda. Wimpert Hart y A. J. Overbeke, ambos neerlandeses, proponen una definición que coincide en gran medida con la que aporta su país: “la terminación intencional de la vida o la interrupción intencional de los procedimientos destinados a prolongar la vida, por un médico”. Esta definición, dicen ellos, presupone que el paciente debe estar capacitado mentalmente, por lo que excluye toda acción dirigida a recién nacidos, niños o adultos mentalmente incompetentes. El carácter intencional al que alude la definición se refiere a la acción del médico, pero se entiende que esta acción se da en respuesta a la libre determinación del paciente. Una característica interesante de esta definición es que comprende y especifica las dos formas en que se realiza la eutanasia, tanto la activa como la pasiva, con lo cual se supera la distinción que, en lo que se refiere a la valoración moral, suele hacerse entre ambas.

Sin duda, en los Países Bajos es donde se han realizado los debates más profundos en torno a la eutanasia y éstos han sido abiertos a toda la sociedad. Como su gobierno ha tenido el objetivo de establecer las mejores condiciones para permitir aplicarla de manera controlada, ha sido una tarea prioritaria contar con una definición satisfactoria de esta práctica. Por eso vale la pena analizar los elementos que la componen.

²⁶ S. Lock et al., *The Oxford Illustrated Companion to Medicine*, Oxford University Press, Oxford, 3ª edición, 2001, p. 292.

De acuerdo con Henk Ten Have, la definición de eutanasia que suele utilizarse en su país es: “la finalización intencional, por parte de un médico, de la vida de un paciente, a petición de éste”.²⁷ Son tres las características que resalta el autor: la intención, la solicitud del paciente y el papel del médico.

La *intención* es un elemento intrínseco de toda acción y en este caso se refiere a la intención del médico de terminar activa y directamente con la vida del paciente porque se busca poner fin a su sufrimiento.

La *petición por parte del paciente* es una justificación moral que siempre ha estado presente en los debates sobre el tema en los Países Bajos. Esta petición debe ser voluntaria, explícita y repetida, si no existe esta solicitud, no se considera eutanasia el procedimiento que pone fin a la vida de una enfermo.

El *médico* es a quien corresponde realizar la eutanasia y se descarta a cualquier otro profesional sanitario para hacerlo; si esta condición no se cumple no se puede hablar de eutanasia, sino de homicidio.²⁸

La Asociación Médica Mundial propone una definición aproximada de eutanasia, pero la califica como una práctica que va contra la ética:

“El acto de terminar deliberadamente la vida de un paciente, incluso ante la petición de éste”.²⁹ Con todo, parece que se reconoce la importante diferencia que introduce el hecho de que exista una solicitud explícita del enfermo. Si bien no se hace referencia a la participación del médico, esto puede explicarse como un sobreentendido al tratarse de una comunicación entre médicos: una asociación médica se dirige a médicos para definir su posición sobre la eutanasia.

²⁷ H. Ten Have, “Eutanasia: la experiencia holandesa” , en *Morir con dignidad: Dilemas éticos en el final de la vida*, Fundación de Ciencias de la Salud/Doce Calles, Madrid, 1ª edición, 1996, pp. 38-53.

²⁸ *Ibid.* pp. 38-53.

²⁹ P. Singer, *Rethinking life and death. The collapse of our traditional ethics*. Traducción: *Repensar la vida y la muerte. El derrumbe de nuestra ética tradicional*. Ed. St. Martin's Griffin, Nueva York, 1ª edición, 1994, p. 157.

Por último, podemos mencionar la definición de eutanasia que proporciona Diego Gracia, la cual no sólo considera la participación del paciente, sino que incluye otras precisiones interesantes sobre las intenciones de la acción: “el hecho de provocar directa y voluntariamente la muerte de otra persona para evitar que ésta sufra o que muera de un modo considerado indigno (bajo los supuestos de autonomía, desarrollo de la personalidad y consentimiento libre y voluntario del paciente)”.³⁰

Después de revisar diferentes definiciones podemos sacar los elementos indispensables para que podamos hablar de eutanasia, en el sentido más estricto: a) Debe aplicarse a un enfermo con un padecimiento incurable e irreversible; b) El motivo debe ser la piedad: evitarle más sufrimientos físicos, psicológicos, morales, religiosos, sociales, abreviando directamente su vida. Tal debe ser la intención de quien la provoca.

I.2.2 ESTADO TERMINAL.

Es la suma de los acontecimientos previos a la muerte que representan el deterioro progresivo y generalizado del organismo y sus funciones a consecuencia de una enfermedad que no responde a los tratamientos. Estos fenómenos estarán comprendidos dentro de un período aproximado y no mayor de seis meses.

I.2.3 ESTADO AGÓNICO.

Es necesario diferenciarlo del **Estado Agónico**. (fase pre mortem); que comprende propiamente el agotamiento total de la reserva fisiológica que progresa en forma irreversible hacia la muerte dentro de las siguientes 24 horas. (La diferenciación de estos estadios debe permitirnos crear las herramientas metodológicas para un atención adecuada de cada una de ellas).

³⁰ S. Urraca, op. cit. p. 45.

I.2.4 PACIENTE EN ESTADO TERMINAL.

Es aquel que presenta insuficiencias orgánicas múltiples y progresivas que no responden a la terapéutica específica y que lo llevará a la muerte en un período aproximado de 6 meses (sin descartar la falla aguda que acorte este período, o bien, que se presenten las prerrogativas que la ciencia y sus avances abran como posibilidades de recuperación).

I.2.5 ENFERMEDAD AGUDA.

Comprende un período aproximado que va de unos cuantos segundos, hasta dos semanas.

I.2.6 ENFERMEDAD SUBAGUDA.

Comprende períodos hasta de dos meses.

I.2.7 ENFERMEDAD CRÓNICA.

Comprende períodos de dos meses en adelante.

I.3 CLASIFICACIÓN.

A continuación explicaremos la clasificación de la eutanasia: primeramente en cuanto a la acción puede ser: activa (positiva) o pasiva (negativa); en segundo lugar, en cuanto a la intención del activo se divide en directa e indirecta, y para finalizar, en atención a la libertad del paciente puede ser: voluntaria, no voluntaria e involuntaria.

I.3.1 POR LA ACCIÓN.

Tomando en cuenta la acción, tradicionalmente se le da el nombre de **Eutanasia Activa**: se llama así cuando se realiza un acto encaminado, sencillamente, a que el enfermo muera; también se le conoce como **Eutanasia Positiva**. En cambio, se denomina **Eutanasia Pasiva** o **Negativa**, si se omiten aquellas terapias que, normalmente, prolongarían la vida. Se aplica cuando ya

no hay esperanza alguna de salvar la vida del paciente. Pío XII, en 1958, afirmó su licitud.

I.3.2 POR LA INTENCIÓN.

Viendo a la intención, se le nombra **Eutanasia Directa**: cuando en la intención del agente existe el deseo de provocar la muerte directamente del enfermo. Es **Eutanasia Indirecta**: cuando consiste en la muerte no querida en su intención que sobreviene a causa de los efectos secundarios del tratamiento paliativo del dolor.

I.3.3 POR LA LIBERTAD.

Si se toma en cuenta la libertad, entonces es **Eutanasia Voluntaria, No Voluntaria e Involuntaria**.

Se refiere, la primera, a la terminación de la vida de un paciente en respuesta a la petición de éste expresada libremente.

La segunda, es la terminación de la vida de un paciente sin que el afectado lo solicite expresamente, por encontrarse incapacitado para hacerlo.

Finalmente, la Involuntaria es la que se lleva a cabo en contra del deseo o decisión del enfermo.

En la actualidad se han acuñado nuevos términos en función a una mayor claridad. La terminología reciente habla más bien de:

I.3.4 DISTANASIA.

(Del Griego. Dis: dificultad). Es lo opuesto a la Eutanasia. Es la práctica que tiende a alejar lo más posible la Muerte, prolongando inútilmente la vida del moribundo, o su agonía, sin que importen sus sufrimientos físicos o morales, utilizando métodos heroicos, no obstante lo costoso que sean moral o económicamente hablando. Se le conoce también como **Encarnizamiento terapéutico**. A veces se le utiliza con objeto de experimentación.

I.3.5 ADISTANASIA.

Cuando se decide no prolongar la vida, para lo cual se omiten los medios y tratamientos que mantendrían vivo al paciente. Equivale a la Eutanasia Pasiva.

I.3.6 ORTOTANASIA.

(Del Griego. Orthós: Recto, justo). Postura que trata de conocer y respetar el momento natural de la Muerte de cada hombre, en sus concretas circunstancias, sin adelantarlo, sin retrasarlo. No es simplemente dejar morir al enfermo. En la Ortotanasia cabe todo lo relacionado con los Cuidados Paliativos y el manejo del dolor.

I.4 CONSIDERACIONES FILOSÓFICAS Y RELIGIOSAS.

I.4.1 LA EUTANASIA EN LA HISTORIA DEL PENSAMIENTO.

Los filósofos clásicos trataron de la eutanasia frecuentemente. Así, los estoicos decían que: la puerta está siempre abierta, concibiendo la muerte como una salida cuando, por la causa que sea, el peso de la vida se hace intolerable; la razón que esgrimían radicaba en que la vida se consideraba cosa de nuestra propiedad (por cierto que en la redacción de la Declaración Universal de Derechos Humanos se debatió esta misma idea, y se decidió finalmente no aceptar el derecho a la vida como el derecho a disponer libremente de ella).

Vidal M. en su obra denominada *Eutanasia*, cita a una serie de personajes históricos los cuales hacen diversas reflexiones respecto a la eutanasia. Por su parte, Platón señala en *La República*: “quien no es capaz de desempeñar las funciones que le son propias, no debe recibir cuidados, por ser una persona inútil tanto para sí mismo como para la sociedad”.³¹ El cordobés Séneca afirma en sus *Cartas*: el sabio se separará de la vida por motivos fundados: para salvar a la

³¹ Miret Magdalena, Enrique. Eutanasia, Filosofía y Religión. Revista Humanitas, Humanidades Médicas, editada por Fundación Medicina y Humanidades Medicas, Barcelona. Volumen 1, Número 1, Enero-Marzo 2003, p. 99.

patria o a los amigos, pero igualmente cuando esté agobiado por dolores demasiado crueles, en casos de mutilaciones, o de una enfermedad incurable; y sólo se matará cuando el dolor impida todo aquello por lo que se vive. El discípulo de Platón, Aristóteles, sostiene lo mismo que su maestro, y en su *Carta a Ático* el romano Cicerón emplea la palabra eutanasia como muerte digna, honesta y gloriosa.³² Por su parte, el historiador Suetonio en su *Vida de los Césares* dice del emperador Augusto: al oír que alguien había muerto de una muerte rápida y sin tormento, pedía para sí y los suyos una eutanasia semejante.³³

Durante la Edad Media nos encontramos en cambio con una postura intelectual contraria a la eutanasia, representada por los dos grandes filósofos cristianos San Agustín y Santo Tomás de Aquino. Ambos hablaron poco de ello porque se daba por descontada esta postura contraria entre los cristianos; sin embargo, lo cierto es que el pueblo no lo veía del mismo modo, como pone de manifiesto el hecho de que se llamase «misericordia» a un puñal corto y afilado empleado para quitar la vida a los malheridos (lo que en Argentina tenía su equivalente en el “despenador”, como se denominaba al oficio del que quitaba la vida a los incurables en situación muy dolorosa). Entonces se trataba de la práctica de una eutanasia burda y popular, que hoy tiene expresiones más refinadas, como es el caso, en Estados Unidos, de un best-seller que enseña cómo suicidarse (titulado expresivamente «*Final Exit*», de Derek Humphry).³⁴

Continuando con la evolución del pensamiento filosófico en torno al tema, corren los siglos medievales y, en el ambiente cristiano culto del Renacimiento, el filósofo francés Montaigne, en el siglo XVI, admite la eutanasia como los pensadores paganos: Dios nos da licencia suficiente cuando nos pone en un estado tal que el vivir es para nosotros peor que el morir.

³² Thomasma, D. C. y Graber, G. C., op. cit. p. 1.

³³ S. Urraca, op. cit. pp. 43-66.

³⁴ Vidal M. Eutanasia: un reto a la conciencia. Madrid: Ed. S. Pablo, 1ª edición, 1994, pp. 1-159.

El inglés Francis Bacon parece ser el primero que entiende la palabra eutanasia tal y como nosotros la entendemos en la actualidad. Y mantiene en su obra *Historia vitae et mortis* su licitud religiosa y moral: la función del médico es devolver la salud y mitigar los sufrimientos y dolores, no sólo en cuanto esa mitigación puede conducir a la curación, sino también en cuanto puede procurar una eutanasia: una muerte tranquila y fácil.³⁵

Tendríamos que añadir a un pensador católico y declarado santo, Tomás Moro, que tanto influyó en el siglo XVI junto con los humanistas de los que era amigo: el holandés Erasmo y el valenciano Luis Vives. Se plantea claramente la cuestión el que fue Canciller de Inglaterra y hombre de confianza del rey hasta que éste le condenó a muerte por no avalar sus sucesivos divorcios. En efecto, Tomás Moro expone su postura favorable a la eutanasia en su interesante libro políticosocial *Utopía*, publicado el año 1516, donde describe el régimen ideal en una isla así llamada. Distingue entre eutanasia (que acepta), y suicidio (que critica como un crimen), y describe que los médicos en ese lugar ideal “se esmeran en la atención a los enfermos. No escatiman en nada que pueda contribuir a su curación: se trate de medicinas o alimentos”. Y, además, cuando son enfermos incurables “los consuelan, visitándoles con frecuencia, charlando con ellos y prestándoles toda suerte de cuidados”. Pero “cuando a estos males incurables se añaden sufrimientos atroces, entonces los magistrados y sacerdotes se presentan al paciente para exhortarle. Y tratan de hacerle ver que ya está privado de los bienes y funciones vitales; que está sobreviviendo a la propia muerte, que es una carga para sí mismo y para los demás... Y puesto que la vida es un puro tormento, no debe dudar en aceptar la muerte. Que no dude en liberarse a sí mismo, o permitir que le liberen los otros... Y realizan una obra piadosa y santa, siguiendo los consejos de los sacerdotes, que son intérpretes de la divinidad”. Entonces, ¿qué harán? : “o ponen fin a sus días dejando de comer, o se les da un soporífero muriendo sin darse cuenta de ello”. Lo importante es que “no eliminan

³⁵ D. Humphry y A. Wickett, op. cit. pp. 554-563.

a nadie contra su voluntad”. Y, por ello, al que no quiere hacerlo no se le abandona, sino que “se le siguen dando los cuidados que se le dispensaban”. En cambio “cuando se quita uno la vida sin haberlo aprobado los sacerdotes y el Senado, no es juzgado digno de ser inhumado o incinerado, y se le arroja a una ciénaga”.

En el mundo contemporáneo divergen las opiniones. En su *Zaratustra*, Nietzsche exhorta: “muere a tiempo”, y escoge “la muerte libre, la que viene hacia mí porque la quiero”. Lo cierto es, sin embargo, que su idea al respecto no termina de quedar del todo clara, pues en otras ocasiones considera al que prescinde de su propia vida como un débil para la sociedad, del mismo modo que el inventor de la evolución, Darwin, también lo califica de cobarde. A pesar de su pesimismo teórico, tampoco lo justifica Schopenhauer, quizá por seguir la postura del budismo –en el cual inspiró las ideas morales expresadas en su obra *Parerga y Paralipómena*.³⁶

Por su parte, el filósofo y premio Nobel Bertrand Russell se muestra partidario de la eutanasia, de la “*beneficient eutanasia*”. Como lo es el neomarxista Marcuse, pensador de la Escuela de Frankfurt, que sostiene: la muerte puede convertirse en la señal distintiva de la libertad. La irremisibilidad de la muerte no contradice la posibilidad de una liberación final. Al igual que los otros males, la muerte puede ser trasmutada de modo racional en muerte sin dolor. Los hombres pueden morir sin angustia si saben que los seres amados están preservados de la miseria y del olvido. Tras una vida colmada pueden morir en un momento de su propia elección. Asimismo fueron promotores de The Voluntary Euthanasia Society el biólogo Julian Huxley, el dramaturgo Bernard Shaw y el historiador y literato

³⁶ Nietzsche F: *Así habló Zaratustra*. Trad. de Andrés Sánchez Pascual. Madrid: Alianza Editorial, 1ª ed., 1987, p. 115.

H.G.Wells; postura pro eutanasia también sustentada por algunos conocidos intelectuales españoles.³⁷

I. 4.2 LA PERSPECTIVA RELIGIOSA.

I.4.2.1 EN LA IGLESIA CATÓLICA.

El pensamiento de la Iglesia católica fue perfilado desde el principio del cristianismo por el norteafricano obispo de Hipona, San Agustín; y luego, en el siglo XIII, por el fraile dominico Santo Tomás de Aquino, quien marcó el pensar teológico que se hizo oficial en la Iglesia.

Las razones contra la eutanasia proceden de las ideas formuladas por el pensador Lactancio, un teólogo seglar de los siglos III y IV, que enseñaba acerca de los enfermos terminales: son inútiles para los hombres, pero útiles para Dios, que les conserva la vida. Su oposición a la eutanasia se sustenta en tres razones repetidas hasta hoy en la Iglesia: 1) Dios es el dueño de la vida, y el hombre su mero administrador; 2) la muerte directamente querida se opone al amor a uno mismo; y 3) buscar la propia muerte contraviene las responsabilidades respecto a la sociedad. Se trata de argumentos de muy diferente fundamento: así, mientras que el primero siempre ha convencido a los creyentes católicos, siendo asumido por la Iglesia como el más decisivo, los otros dos aparecen como dudosos, por ejemplo, para el filósofo católico Landsberg, quien señala que no parece haber una ley natural que prohíba la eutanasia, en la medida en que todos los pueblos paganos, guiados sólo por la razón natural, han practicado el suicidio o la muerte voluntaria en algunos casos; por otra parte, el argumento centrado en la vida como un bien para la sociedad sólo sería válido, según el pensador mencionado, en una sociedad ideal. Lo cierto es, sin embargo, que en nuestra propia sociedad

³⁷ Meyer JE. Angustia y conciliación de la muerte en nuestro tiempo. Barcelona: Herder, 1983, p. 156; Ferrater Mora J. El ser y la muerte. Madrid: Alianza, 1988, pp. 92-183; Fibla C. Debate sobre la eutanasia. Barcelona: Planeta, 2000, p. 344.

pueden citarse dos casos ejemplares: el del sacerdote tetrapléjico Luis Moya³⁸ y el del astrofísico agnóstico Hawking. El primero desarrolla su labor pastoral en una silla de ruedas, acondicionada mecánicamente para poder expresarse y moverse, al igual que el segundo lleva adelante sus importantes investigaciones. En ambos casos el bien que pueden aportar a la sociedad ha sido decisivo para desechar la eutanasia. Aunque en el caso de Moya es para él fundamental la creencia de que su propia vida pertenece a Dios, y hemos de administrarla según sus deseos, para Hawking son las otras dos las razones más relevantes.

Acudiendo a los documentos contemporáneos de la Iglesia, el más importante de todos, y el primero que rompió claramente el fuego a favor de una eutanasia sólo indirecta y pasiva, procede del Papa Pío XII en dos discursos dirigidos a los médicos en el año 1957.³⁹ En febrero de ese año pronunció el primero, dedicado a los anesthesiólogos, en el que señala bien claramente: cuando hay “dolores violentos, estados morbosos de depresión y de angustia... la anestesia es moralmente lícita”, ya que “se trata únicamente de evitar al paciente dolores insoportables”. Sería lícita la utilización de un paliativo aunque “produjese por sí misma dos efectos distintos, el alivio de los dolores y, por otra parte, la abreviación de la vida”. Al respecto pone el Papa en principio dos condiciones a los católicos: que lo pida el enfermo y que haya cumplido sus deberes espirituales y morales. Pero incluso aunque el enfermo no quisiera cumplir estas obligaciones y pidiera los narcóticos para mitigar sus dolores, el médico, según el Papa, debería suministrarlos sin culpa moral alguna. Añade Pío XII que el cristiano cumplidor no debe creer que es más heroico abstenerse de recurrir a los narcóticos; no debe ser el verdadero cristiano un dolorista, pues los primeros escritores cristianos rechazaron que el mérito de nuestras acciones estuviera en el sufrimiento: Dios no es vengativo ni disfruta con el padecimiento de sus

³⁸ Moya L. Sobre la marcha. Madrid: Edibesa, 1ª ed., 1996, p.55.

³⁹ Pío XII. Discurso del 24 de febrero de 1957, al Symposium Internacional de Anestesiología: Acta Apostólica Sedis 49,1957, pp.129-147.

seguidores, sino que –según expone Santo Tomás– lo meritorio es el amor que pongamos en nuestros actos y no el dolor sufrido.⁴⁰

En el segundo discurso de los arriba citados aborda el Papa la eutanasia pasiva, aprobando la retirada de los medios terapéuticos extraordinarios; en este sentido se entiende que no se debe tampoco intentar prolongar la vida inútilmente como, por ejemplo, se hizo por motivos políticos con la muerte de Franco, del presidente Tito de Yugoslavia, del emperador japonés Hiro Hito, del presidente norteamericano Truman o del argelino Bumedian. A este respecto un buen ejemplo de lo que quiere decirse lo dio en su día el alcalde de Madrid, Enrique Tierno Galván, quien no quiso que en su último trance le prolongasen la vida sin sentido con respiradores y medicaciones impropias que no iban a resolver su enfermedad, sino tan sólo prolongar inútilmente una existencia meramente vegetativa; como dice el Papa respecto de tales medios, “no se puede sostener que sea obligatorio emplearlos”. Sólo se pide que tal proceder sea autorizado por el paciente, o en su caso por la familia “presumiendo la voluntad del paciente, si estuviera inconsciente”.

Los obispos alemanes se ocuparon del derecho a una muerte digna en su documento de 1975, en el que hablan del derecho a una muerte humana, y que se halla redactado en forma más asequible que el de Pío XII.

Unos años después, en 1980 el Vaticano publicó la Declaración sobre la eutanasia,⁴¹ en donde condena esta práctica en cualquier caso por considerarla un homicidio. Por otra parte, reconoce el dolor que sufre un enfermo terminal y, enaltece el valor cristiano del sufrimiento, aprueba el uso de medicinas para aliviarlo, aún si éstas abrevian la vida. También desaprueba el encarnizamiento

⁴⁰ Nédoncelle M. *La souffrance*. Paris: Bloud et Gay, 1939, pp. 1-63.

⁴¹ Publicada por la Congregación para la Doctrina de la Fe en mayo de 1980 para expresar la postura de la Iglesia católica. Véase J. Gafo, “La tradición católica”, en J. Gafo (ed.), *Bioética y religiones: el final de la vida*, Universidad Pontificia Comillas, Madrid, 2000, pp. 40-42 (*Dilemas éticos de la medicina actual*, 13).

terapéutico y acepta el derecho a morir con dignidad, siempre que esto no implique provocar la muerte. La Declaración introduce la terminología “medidas proporcionadas y desproporcionadas” para sustituir la de “medidas ordinarias y extraordinarias”, que solía utilizarse para determinar la obligatoriedad de las acciones médicas al final de la vida. Ésta se volvió inapropiada en la medida en que los avances tecnológicos convirtieron en “ordinario” lo que antes se consideraba “extraordinario”. Ahora se propone definir una medida como proporcionada o desproporcionada, teniendo en cuenta todas las condiciones físicas y morales del enfermo y las circunstancias que lo rodean: el grado de dificultad de la terapia que le proporcionaría, el riesgo que conlleva, los gastos, y la posibilidades de conseguir un resultado beneficioso. Si se determina que las medidas son desproporcionadas se considera lícito dejar de aplicarlas, decisión que corresponde a la ortotanasia. Ésta es la opción legítima de dejar morir en paz, renunciando a tratamientos que sólo prolongarían la existencia, siempre y cuando no se interrumpan las “curas normales” que requiere el enfermo. Finalmente, recomienda que las solicitudes de eutanasia de los enfermos se entiendan únicamente como peticiones angustiantes de ayuda, y no como una expresión de una verdadera voluntad de eutanasia.

En 1995 el Papa Juan Pablo II dio a conocer la encíclica *Evangelium vitae*,⁴² con la cual ratificó la postura de la Iglesia sobre las prácticas médicas permitidas y las prohibidas al final de la vida, expuesta en la Declaración de 1980.

El capítulo tercero de la encíclica se titula “No matarás. La ley santa de Dios”, y dedica un apartado específico a las prácticas médicas al final de la vida, con el subtítulo: “Yo doy la muerte y doy la vida’ (Dt. 32, 39): el drama de la eutanasia”. En él se condenan la eutanasia y el suicidio asistido, actos calificados como graves violaciones a la ley divina porque, se asevera, atentan contra la prohibición de matar que proviene tanto de la ley natural como de la palabra de

⁴² J. Gafo, “La tradición...”, op. cit., pp. 44-46. Véase también en internet: el.vaticano.com (*Evangelium vitae*). Carta sobre la defensa de la vida, 25 de marzo de 1995.

Dios. El Papa critica duramente que tales intervenciones se quieran justificar como actos compasivos que buscan terminar con el dolor y el sufrimiento, pues afirma que están motivados por una piedad falsa y perversa. Según él, dar la muerte, como se hace en la eutanasia y el suicidio asistido, es un síntoma alarmante de un oscurecimiento de las conciencias y de una “cultura de la muerte”⁴³ que no sabe soportar el sufrimiento y se rige por criterios utilitaristas que desechan a quienes se consideran inútiles, débiles e improductivos. La verdadera compasión debe limitarse a acompañar a la persona en el proceso que vive al acercarse a su muerte, y aliviar en lo posible su padecimiento.

Al retomar el tema del dolor para el cristiano, el Papa reconoce el comportamiento “heroico” de quienes renuncian al uso de analgésicos, pero reafirma que no es obligatorio y recomienda el apoyo de los cuidados paliativos y la supresión del dolor para que los enfermos estén en condiciones de atender las obligaciones morales, familiares y espirituales en un momento tan trascendental como es el final de la vida. Al igual que la Declaración, la encíclica reconoce legítima la administración de calmantes para aliviar los dolores, aunque éstos acorten la vida, pues de acuerdo con el principio de doble efecto, la muerte sería la consecuencia indeseable e indirecta de actuar para aliviar el dolor, objetivo buscado en primer término.⁴⁴ Desaprueba, en cambio, que se prive al enfermo de la conciencia “sin grave motivo” porque ello le impediría prepararse al encuentro con Dios. Es lícito renunciar a las medidas extraordinarias o desproporcionadas, decisión que debe distinguirse de la eutanasia y del suicidio, y entenderse como expresión de la aceptación de la condición mortal del hombre. El contenido de la encíclica coincide en gran medida con el de la Declaración, pero al resaltar la

⁴³ Esta expresión fue acuñada en el lenguaje eclesiástico por John O’ Connor, antiguo capellán militar y después cardenal de Nueva York. En la “cultura de la muerte” incluía a todos los que tenían una opinión distinta a la del Papa en cuestiones de natalidad, aborto y eutanasia. Véase H. Kûng y W. Jens, *Morir con dignidad. Un alegato a favor de la responsabilidad*, Ed. Trotta, Madrid, 1ª ed., 1997, p.88.

⁴⁴ De ahí que también se llame a esta práctica eutanasia indirecta. Véase J. Gafo, “Eutanasia y el derecho a morir en paz”, en J. Gafo et al., *La eutanasia y el derecho a morir con dignidad*, Ediciones Paulinas, Madrid, 1984, pp. 135-136.

necesidad de defender la vida humana de las amenazas contra ella, el Papa divide a la humanidad en aquellos que lo siguen y pertenecen a la “cultura de la vida”, y aquellos que lo desafían y que pertenecen a la “cultura de la muerte”.⁴⁵

Desde la publicación de la Declaración hasta la fecha actual se han difundido otras comunicaciones que expresan la postura oficial del Vaticano sobre la eutanasia, junto con otras recomendaciones para la atención de las personas al final de su vida.⁴⁶ En todas ellas se transparenta el interés de contraponerse a los movimientos que apoyan la legitimidad y legalización de la eutanasia. Con esta intención se había publicado en 1993 un documento que condensa la doctrina de la Iglesia sobre esta práctica y que buscaba promover la reflexión sobre el tema, lo mismo entre católicos que entre los ciudadanos en general, especialmente entre quienes participan de manera directa en los cambios legislativos. La eutanasia: 100 cuestiones y respuestas sobre la defensa de la vida humana y la actitud de los católicos⁴⁷ ofrece una información general, clara y sencilla sobre el tema, siguiendo el mismo formato de una obra anterior dedicada al aborto. Pretende dar una perspectiva objetiva de los argumentos a favor y en contra de la eutanasia, pero no deja de ser un esfuerzo destinado a evitar su legislación, objetivo más importante después de que no pudo impedirse en España la despenalización parcial del aborto.

Más recientemente, en enero de 2003, el cardenal Joseph Ratzinger, prefecto de la Congregación para la Doctrina de la Fe,⁴⁸ publicó la Nota doctrinal sobre algunas cuestiones relativas al compromiso y la conducta de los católicos en la

⁴⁵ H. Kûng y W. Jens, op. cit., p. 88.

⁴⁶ Pueden consultarse en el vaticano.com: La carta de los agentes sanitarios. Una síntesis de ética hipocrática y moral cristiana (Consejo Pontificio para la Pastoral de la Salud, 1995), Eutanasia, la muerte dulce (cardenal Dionigi Tettamanzani, 1997), Respetar la dignidad del moribundo (Academia Pontificia para la Vida, 2000).

⁴⁷ Conferencia Episcopal Española, La eutanasia: 100 cuestiones y respuestas sobre la defensa de la vida humana y la actitud de los católicos, Ediciones Paulinas, Madrid, 1993, pp. 100-101.

⁴⁸ La Congregación para la Doctrina de la Fe es el nombre actual de la sagrada Congregación de la Romana y Universal Inquisición, institución a la que Pío X cambió el nombre al de Congregación del Santo Oficio, como se llamó hasta que Paulo VI le puso el nombre actual. Véase <http://es.catholic.net/empresarioscatolicos/721/1154/articulo.php?id=16977>

vida política, con lineamientos para que los políticos católicos intervengan en la vida social de sus países con el fin de preservar la cultura católica y defender la vida, lo cual significa rechazar el aborto, la eutanasia y la investigación con embriones.

I.4.2.2 EN EL JUDAÍSMO.

Tengamos en cuenta, para nuestro estudio, estos principios:

a) La autenticidad de una posición ética judía depende de su relación con las fuentes: sobre todo la Biblia Hebrea y el Talmud.

b) La ley judía está centrada en obligaciones religioso-morales-legales.

Así, Maimónides, célebre rabino, escribió en el siglo XII, que los principios morales no provienen de la razón.⁴⁹

Y, a propósito de nuestro estudio, en diversos pasajes del Talmud, y en el compendio de éste, la Mishné Torah de Maimónides, encontramos varias alusiones respecto al problema eutanásico. Maimónides en su célebre código dijo: “El moribundo debe ser visto bajo todos los aspectos como una persona viviente... El que lo toca ocasionándole la Muerte es culpable de derramar sangre”.⁵⁰ En otra fuente medieval, Sefer Hasidim, se prohíbe también expresamente la eutanasia activa voluntaria: “Si uno sufre una penosa agonía y le pide a otro: “Mátame porque soy incapaz de soportar este dolor y no viviré”, el requerido no debe tocar al paciente. En este mismo libro se prohíbe el suicidio eutanásico: “Aun cuando un individuo sea visitado por un gran sufrimiento y sepa que no sobrevivirá por mucho tiempo, le está prohibido matarse a sí mismo”.⁵¹

⁴⁹ Maimónides es considerado como el más grande de los rabinos en la historia judía por los pasados dos mil años. Vivió en España y el Norte de África durante el siglo XII (1135-1204) d.C. Se estableció en Cairo, donde fue un destacado médico y erudito bíblico.

Véase <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/jurid/cont/19/pr/pr23.pdf>

⁵⁰ Ibid. Compendio de la Mishné Torá de Maimónides. Sus comentarios sobre la Mishné han guiado innumerables estudiantes después de él. Su Mishné *Torá* es una representación de todos los variados aspectos del judaísmo.

⁵¹ Ibid.

En esta misma línea se desenvuelve un código judío más reciente: “Aun cuando a alguien se le prolongue la agonía y esto cause aflicción al paciente y a su familia, permanece la prohibición de acelerar la muerte”.⁵²

Sin embargo, el Talmud narra el suceso de la Muerte del Rabi Hananias, a quien los romanos lo envolvieron en rollos de la Torah y quemaron vivo. Sus discípulos le gritaban que abriera la boca para que tragara humo y fuego y así acabara de sufrir, pero él no quiso: “Dejemos que Aquel que me dio la vida, me la quite; porque ningún hombre puede dañarse a sí mismo”. Pero cuando los soldados le pidieron que se quitará un penacho de lana húmeda que cubría su pecho y prolongaba, de alguna manera, su vida, él aceptó. De este hecho se deduce que está permitido remover cualquier medio artificial que prolongue la vida del moribundo.

El Talmud llama al moribundo Gosses; lo describe como alguien que no puede ya tragar su propia saliva y que no vivirá por más de tres días. Enseña: “Quien remueva el cojín de la cabeza de un gosses, o haga algo para acelerar su Muerte, es considerado culpable de derramar sangre”.

La Eutanasia Indirecta, o Pasiva, parece que se acepta según Proverbios 31,6: “Dad bebidas fuertes al que va a perecer y vino al de alma amargada; que beba y olvide su miseria, y no se acuerde ya de su desgracia”. Como que quiere aminorar el sufrimiento del que va a morir.

Para el Judío, el hombre esta creado a imagen y semejanza de Dios. Es lo más sublime y lo más profundo que puede decirse del ser humano. Por esto, la vida es santa e inviolable. Igualmente su Muerte. En la tradición judía se enseña que, cuando llega la hora, el alma del agonizante desea dejar el cuerpo y no se debe acelerar ni retardar el proceso natural. No todos están de acuerdo con esto. Por ejemplo, un autor, Moisés Isserles, señala: “Si algo impide la salida del alma, tú puedes remover este impedimento, porque no es considerado como interferencia,

⁵² Code of Jewish Law, 1927.

sino como un acto de alivio”. Se basa en el Eclesiastés que nos hace notar que “hay un tiempo para morir”; cuando llega ese tiempo, no se debe prolongar la vida.⁵³

I.4.2.3 EN LAS IGLESIAS ORTODOXAS.

La Iglesia Ortodoxa Griega equipara a la Eutanasia Voluntaria con el Suicidio, por lo que se prohíben todas las ceremonias religiosas en el entierro de alguien que muere por Eutanasia pedida. En la Iglesia Ortodoxa Rusa sí se pueden celebrar ritos, pero son más breves que en el Ritual de difuntos ordinario.

I.4.2.4 EN LA TRADICIÓN PROTESTANTE.

Las Iglesias Luteranas condenan unánimemente la Eutanasia Activa. Helmut Thielicke, uno de los principales teólogos protestantes alemanes, se apoya en la tesis de Jean Amery⁵⁴ sobre este tema; acepta que es absurdo que el Hombre pueda querer su destrucción, cuando dirige su mano contra él mismo; porque lo hará como respuesta al vacío, indignidad contra sí mismo, o pérdida del sentido de la vida; esto, dice, es típicamente humano, pero lo típicamente humano no engrandece, necesariamente, al Hombre. No puede el Hombre abusar de su razón para volverse más animal que todos los animales.

El Hombre puede tener el privilegio de ser inhumano; por eso es importante distinguir entre lo que pertenece al Hombre y lo que es realmente humano; en el mensaje bíblico, no son las ballenas, los árboles, ni las estrellas las que dieron la espalda al Creador; solamente el Hombre; este es un terrible privilegio. Son ideas de Thielicke.⁵⁵

⁵³ Glosa de Moisés Isserles al Shuljan Aruj (Ioré Deá 339, 1)

⁵⁴ Améry, Jean. Levantar la mano sobre uno mismo. Discurso sobre la muerte voluntaria. Ed. Pre-Textos, Valencia, 1ª ed., 1999, pp. 41-68.

⁵⁵ Thielicke, H., *Vivir con la muerte*, Ed. Herder, Barcelona, 1ª ed., 1984, pp. 75-87.

Continuando con el pensamiento de este teólogo, él nos enseña que la dignidad no puede decretarse como criterio único y supremo, ni puede entenderse arbitrariamente. Tratándose de Eutanasia, se pregunta: ¿Quién puede dar su juicio sobre el déficit de dignidad? ¿Uno mismo, en estado de depresión, puede ser buen juez? ¿Quiénes serán los entendidos para juzgar y administrar vidas sin valor?

Finalmente, él propone estas consideraciones fundamentales para aplicar la Eutanasia Pasiva: a) No podemos disponer de nuestra vida irrestrictamente, como tampoco la debemos conservar incondicionalmente. b) Esto se refuerza por la enseñanza de las tradiciones. Tanto Hipócrates como la Biblia prohíben matar, pero no ordenan alargar la vida a costa de sufrimientos: nadie está obligado, en conciencia, a enchufarse a una máquina para sobrevivir. c) Es necesario distinguir entre vida biológica y vida humana; para que la vida sea humana debe haber, al menos, un pequeño rastro de conciencia; renunciar a alargar una vida inconsciente no va contra la dignidad humana ni contra la voluntad de Dios.

I.4.2.5 TESTIGOS DE JEHOVÁ.

Rechazan la Eutanasia Activa pero no se oponen a la Pasiva en los casos en que se requiera el uso de medios extraordinarios.⁵⁶

El problema es la transfusión; la rechazan a pesar de ser el medio más ordinario para conservar la vida: únicamente aceptan la autotransfusión.⁵⁷

⁵⁶ Reyes Zubiría L.A., Curso Fundamental de Tanatología, Tomo IV Suicidio, Ed. Triple A Diseño, S.A. de C.V. 1ª ed. 1999, p. 186.

⁵⁷ Ibid. Ninguna otra iglesia deduce semejante prohibición, pero en esto, los Testigos de Jehová son inflexibles; fundamentalistas, interpretan la Biblia al pie de la letra, aunque en aquella época no era conocida la transfusión.

CAPÍTULO SEGUNDO

ASPECTOS BIOÉTICOS EN EL MANEJO DE PACIENTES CON ENFERMEDAD TERMINAL Y DOLOR CRÓNICO

II.1 LA FAMILIA Y EL PACIENTE TERMINAL.

Cuando hablamos de enfermos terminales debemos considerar que éstos se encuentran en todas las edades y todos los estratos sociales. Pero no es lo mismo hablar de enfermo terminal en Europa o en los países desarrollados que, en países como el nuestro que se caracteriza por concepciones diferentes de la muerte y el comportamiento que se debe tener hacia ella. Si consideramos que la muerte es un fenómeno cultural complejo en el que se encuentran inmersos elementos como las emociones, es conveniente reflexionar cómo la familia mexicana en particular maneja sus emociones ante este fenómeno.

Esto es importante porque de ahí se desprende el entendimiento del por qué en otros países se han aceptado alternativas para los enfermos terminales como la eutanasia. Hablar de dichas opciones en nuestro país, implica comprender la religión y la ideología que rodea nuestra forma de ser y particularmente la perspectiva que prevalece con relación a los principios bioéticos que rigen al ser humano; de ahí que las condiciones bioéticas en México sean distintas a las encontradas en otras regiones del mundo, no obstante que la bioética es una y se rige según sus propios principios que resultan universales y por ende compartidos.

Esta característica de la “bioética mexicana” surge porque ha predominado el bien de vida sobre el de libertad, aunque hoy en día la libertad ha sobrepasado a dicho principio, lo cual no significa que la vida constituya un bien menor. Ha ocurrido que con la libertad de elegir, se pueda considerar a la “vida” como lo

esencial a conservar, o bien la “no-vida” para evitar un sufrimiento, en el caso de un enfermo que está a punto de morir, lo importante es garantizar que las decisiones sean las más adecuadas a todos los integrantes de la relación participante, pero especialmente acordes a los valores del propio paciente, quien al final tiene la opción de decidir por sí mismo.

Ahora bien ¿qué se entiende por paciente terminal? Se dice que un enfermo terminal es aquel que se encuentra en los últimos momentos de su vida, es quien sabe que va a morir de forma más precisa que otros. Kuthy proporciona la siguiente definición: “paciente terminal es aquella persona que por lo avanzado de su enfermedad se encuentra en un estadio reconocido como irreversible que lo lleva a su muerte con relativo corto plazo ya que debido a las múltiples insuficiencias orgánico-psicológicas, no existe el equilibrio necesario para prolongar la vida por más tiempo”.⁵⁸

La Academia Nacional de Medicina de Colombia, dice que es la persona que presumiblemente fallecerá en un futuro cercano, como consecuencia de enfermedad o lesión grave con diagnóstico cierto y sin posibilidad de tratamiento curativo. Tal circunstancia puede presentarse en pacientes de cualquier edad.

El Dr. J. Federico Rebolledo Mota, lo define: Es aquel que presenta insuficiencias orgánicas múltiples y progresivas que no responden a la terapéutica específica y que lo llevará a la muerte en un período aproximado de 6 meses (sin descartar la falla aguda que acorte este período, o bien, que se presenten las prerrogativas que la ciencia y sus avances abran como posibilidades de recuperación).⁵⁹

Después de las consideraciones anteriores proponemos la siguiente definición:

⁵⁸ Kuthy, M.I. Simposium: Manejo ético y humano del paciente terminal y su entorno familiar. Temas selectos sobre humanismo en medicina. Ed. Desconocida. México, 1ª ed. 1998. Pág. 80-83.

⁵⁹ Rebolledo Mota, Federico, Aprender a morir. “Fundamentos de Tanatología Médica”. Distribuidora y Editora Mexicana. México, 1ª ed. 2003, p. 75.

Paciente Terminal es aquel cuyo padecimiento después de recibir todos los tratamientos al alcance, ha llegado a un punto de ser irreversible, es decir que cualquier terapéutica que se le practique no modificará la evolución irremediable hacia la muerte a corto plazo.

Chávez comenta que la etapa terminal ha existido siempre “pero no así el problema de conciencia que suscita, lo cual se ha dado debido a los avances tecnológicos que ha alcanzado la medicina. Cuando un paciente experimenta una situación de enfermedad aguda, está claro que como profesionales de la salud debemos atenderlo y procurarle la vida, sin embargo las dificultades se establecen cuando hablamos de enfermos crónicos que llegan a una etapa terminal sin solución médica aparente, es entonces cuando no cabe una única respuesta, ya que están implicados diversos factores, principalmente el paciente, el médico, la familia y de manera particular la sociedad, regidos por distintos principios éticos y a su vez inmersos en diferentes condiciones culturales. Sin embargo el tratamiento que debe darse a pacientes de este tipo debería implicar únicamente lo que el paciente desea”.⁶⁰

Los avances en el campo de la tecnología han permitido una gran variedad de condiciones que en otro tiempo no habrían sido concebidas. El aumento en la expectativa de vida se hace realidad, y es entonces cuando los aspectos éticos y humanos adquieren una connotación distinta, ya que surgen cuestionamientos como prolongar o no la vida, mantenerla de forma superficial, tratar o no al moribundo, dejarlo morir o no.

En la medicina actual, suele darse el abuso de recursos tecnológicos en el estudio de los enfermos, lo cual en ocasiones llega a afectar la esencia de la relación médico-paciente-familiar. En el trato al enfermo la medicina

⁶⁰ Chávez, I. Morir digno y decisión médica. Eugenesia y eutanasia médicas. Simposio. Ed. Syntex. México, 1ª ed. 1979. Pág. 89-92.

contemporánea ha logrado un aumento muy significativo de la duración media de la vida, lo cual ha redefinido el papel del paciente en la toma de decisiones médicas y por ende ha llevado a hacer pública la discusión de las decisiones tomadas.

El enfermo terminal atraviesa al igual que su familia por una serie de etapas que es importante reconocer. Es una prioridad aliviar el sufrimiento que en este caso no únicamente es físico, sino psicológico, ya que está perdiendo su vida, es por ello que las alternativas de tratamiento están más orientadas a tener una visión holística del paciente. El enfermo terminal se enfrenta a varias pérdidas como son carecer de control, la independencia, hay miedo al dolor, a lo desconocido, a no haber vivido con plenitud, a no haber trascendido. Es decir, lo que está cambiando es su expectativa de vida y estas personas viven una experiencia que es particular para cada individuo.

A mayor abundamiento, Kubler-Ross (en sobre la muerte y los moribundos), plantea las etapas por la que atraviesan estos pacientes: negación, ira, negociación, depresión y aceptación. Estas no siempre suelen presentarse de forma continua, de hecho matizan el comportamiento del paciente de manera tal que se presentan de forma aleatoria y cambiante de acuerdo con las características propias de cada enfermo, la familia por su parte también llega a experimentar estas etapas dadas las condiciones por la que atraviesa.⁶¹

En el tratamiento que debe darse al paciente terminal debemos considerar dos aspectos: el trato al paciente y el manejo que debe tenerse con la familia. Con relación al primero, Chávez considera que existen básicamente cinco derechos del enfermo:

⁶¹ Kubler-Ross, E. Sobre la muerte y los moribundos. Ed. Grijalbo. Barcelona, 1ª ed. 1969. pp. 59-178.

- 1 Que se respete su vida e integridad física.
- 2 A recibir atención médica basada en todos los recursos de la ciencia y toda devoción.
- 3 A respetar su dignidad de ser humano, lo mismo durante la vida que al morir.
- 4 A saber la verdad de su estado de salud.
- 5 A que el médico guarde en secreto las confidencias que le haya hecho. Y agregaría, a que tenga libertad plena de elegir acerca de su condición.

Estos son los deberes del médico orientados más al orden moral que técnico. “Poner devoción e interés en la atención del enfermo es algo que no depende de la educación científica sino de la educación moral del médico”.⁶²

Hablar de la concepción física o somática de la muerte es importante, sin embargo como bien lo plantea Escobedo; ¿dónde queda el espíritu del enfermo? ¿qué conocemos de sus reacciones emocionales?. Estos aspectos emocionales o espirituales influyen para valorar en su totalidad al enfermo y a partir de ello optar por soluciones ideales y más adecuadas a las condiciones que enfrenta. En relación con esto lo más importante a considerar es la comunicación. La cual deberá ser estrecha y proporcionar además el tratamiento paliativo que mejore la calidad de vida del paciente.⁶³

En cuanto a la familia hay que tomar en cuenta que la enfermedad del paciente influye y repercute en cada uno de los miembros, por lo que Kuthy considera que hablamos de una enfermedad familiar y no únicamente de un enfermo terminal. Si consideramos que cada uno de los integrantes de la familia tiene un significado diferente de la enfermedad y la muerte, el trato y apoyo a cada uno de estos deberá ser distinto. Hay que considerar dentro de la familia del enfermo terminal, el contexto cultural, el apoyo social con el que cuentan, la estructura, los roles

⁶² Chávez, op. cit., pág. 89-92.

⁶³ Escobedo, F. Comentario. Eugenesia y eutanasia médicas. Simposio. Ed. Syntex. México, 1ª ed. 1979. Pág. 93-95.

que cada uno desempeña, la comunicación que existe, las circunstancias de la enfermedad, en si todo el ambiente que envuelve la situación de enfermedad que se enfrenta.

La doctora Kuthy propone que para brindar apoyo a los miembros de la familia de un enfermo terminal y al propio paciente, hay que considerar:

- 1 La enfermedad es fuente de estrés para toda la familia.
- 2 Puede vivirse como un reto o un castigo.
- 3 Existe una tendencia a repetir soluciones que se dieron a problemas previos, aunque estas ya no sean validas para la situación que actualmente enfrentan.
- 4 La enfermedad esta ligada al concepto de pérdida, debe entonces entenderse y apoyarse el duelo de los familiares.
- 5 La familia puede ser un apoyo o un obstáculo para el manejo del paciente.
- 6 Las reacciones ante la enfermedad son diversas.
- 7 Hay que dar información completa a las familias sobre la enfermedad.
- 8 Las expectativas a futuro cambian durante la enfermedad.
- 9 Es importante conocer el significado que cada miembro de la familia da a la enfermedad.

En el tratamiento que debe darse a los enfermos terminales, además hay que decidir el lugar en el que el paciente morirá. Esto no siempre es sencillo, dadas las diferencias que existen al respecto. Se sabe que si el enfermo permanece en su hogar se facilita la expresión de emociones tanto físicas como verbales. El paciente tiene y está cerca de los suyos. Y por otra parte los miembros de la familia tienen la oportunidad de convivencia, de resolver situaciones que quedaron inconclusas. Puede irse elaborando el duelo y la separación, hay tiempo para despedirse con tranquilidad.⁶⁴

⁶⁴ Kuthy, op. cit., pág. 80-83.

Ahora bien, si el paciente se encuentra en un hospital tendrá mayor atención médica, pero el contacto más íntimo y cercano con su familia se verá reducido. Teniendo en cuenta estas opciones cada familia y de ser posible cada enfermo deberá elegir lo que considere más conveniente, no únicamente a sus condiciones de salud o económicas, sino a las condiciones de valores que les caractericen, tomando también en consideración las sugerencias del personal médico, quien a su vez deberá actuar no solo con el principio de beneficencia sino con la formación moral que le acompaña. El médico tiene la obligación ética de dar esta información para que el paciente y su familia decidan.

Por tanto el tratamiento integral implicará el enfermo y la familia. El médico y las condiciones sociales. Las concepciones actuales de bioética y especialmente responsabilizarnos todos de la mejor opción de acuerdo con la concepción de la vida y de la muerte que el paciente tiene.

II.2 LOS DERECHOS DEL PACIENTE TERMINAL.

Todo enfermo, sea crítico, crónico, terminal, o en fase terminal, tiene los mismos derechos que cualquier persona. Repetimos: el enfermo no es sólo un “caso interesante”, ni un simple “expediente”, ni un “número de cama o cuarto”. Sigue siendo persona, por más moribundo que esté. Sin embargo, a veces, sea por su edad, su estado, su pronóstico, o su incapacidad para participar activamente en sus cuidados personales, estos derechos pueden ser pasados por altos, o lo que es peor, pueden ser olvidados.

Por eso es muy importante que conozcamos muy bien nuestros derechos.

II.2.1 DECLARACIÓN DE LISBOA DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL SOBRE LOS DERECHOS DEL PACIENTE.

La relación entre los médicos, sus pacientes y la sociedad toda ha sufrido importantes cambios en los últimos años. Aunque el médico siempre debe actuar de acuerdo a su conciencia y en el mejor interés del paciente, se deben hacer los

mismos esfuerzos a fin de garantizar la autonomía y justicia con el paciente. La siguiente Declaración⁶⁵ representa algunos de los derechos principales del paciente que la profesión médica ratifica y promueve. Los médicos y otras personas u organismos que proporcionan atención médica, tienen la responsabilidad conjunta de reconocer y respetar estos derechos. Cuando la legislación, una medida del gobierno, o cualquier otra administración o institución niega estos derechos al paciente, los médicos deben buscar los medios apropiados para asegurarlos o restablecerlos.

PRINCIPIOS

1. Derecho a la atención médica de buena calidad

- a. Toda persona tiene derecho, sin discriminación, a una atención médica apropiada.
- b. Todo paciente tiene derecho a ser atendido por un médico que él sepa que tiene libertad para dar una opinión clínica y ética, sin ninguna interferencia exterior.
- c. El paciente siempre debe ser tratado respetando sus mejores intereses. El tratamiento aplicado debe ser conforme a los principios médicos generalmente aprobados.
- d. La seguridad de la calidad siempre debe ser parte de la atención médica y los médicos, en especial, deben aceptar la responsabilidad de ser los guardianes de la calidad de los servicios médicos.
- e. En circunstancias cuando se debe elegir entre pacientes potenciales para un tratamiento particular, el que es limitado, todos esos pacientes tienen derecho a una selección justa para ese tratamiento. Dicha

⁶⁵ Adoptada por la 34ª Asamblea Médica Mundial Lisboa, Portugal, Septiembre / octubre 1981 y enmendada por la 47ª Asamblea General Bali, Indonesia, Septiembre 1995 y revisada su redacción en la 171ª Sesión del Consejo, Santiago, Chile, octubre 2005. La Declaración de Lisboa fue publicada por primera vez en octubre de 1981.

elección debe estar basada en criterios médicos y debe hacerse sin discriminación.

- f. El paciente tiene derecho a una atención médica continua. El médico tiene la obligación de cooperar en la coordinación de la atención médicamente indicada, con otro personal de salud que trata al paciente. El médico puede no discontinuar el tratamiento de un paciente mientras se necesite más tratamiento indicado médicamente, sin proporcionar al paciente ayuda razonable y oportunidad suficiente para hacer los arreglos alternativos para la atención.

2. Derecho a la libertad de elección

- a. El paciente tiene derecho a elegir o cambiar libremente a su médico y hospital o institución de servicio de salud, sin considerar si forman parte del sector público o privado.
- b. El paciente tiene derecho a solicitar la opinión de otro médico en cualquier momento.

3. Derecho a la autodeterminación

- a. El paciente tiene derecho a la autodeterminación y a tomar decisiones libremente con relación a su persona. El médico informará al paciente las consecuencias de su decisión.
- b. El paciente adulto mentalmente competente tiene derecho a dar o negar su consentimiento para cualquier examen, diagnóstico o terapia. El paciente tiene derecho a la información necesaria para tomar sus decisiones. El paciente debe entender claramente cuál es el propósito de todo examen o tratamiento y cuáles son las consecuencias de no dar su consentimiento.
- c. El paciente tiene derecho a negarse a participar en la investigación o enseñanza de la medicina.

4. El Paciente inconsciente

- a. Si el paciente está inconsciente o no puede expresar su voluntad, se debe obtener el consentimiento de un representante legal, cuando sea posible.
- b. Si no se dispone de un representante legal, y se necesita urgente una intervención médica, se debe suponer el consentimiento del paciente, a menos que sea obvio y no quede la menor duda, en base a lo expresado previamente por el paciente o por convicción anterior, que éste rechazaría la intervención en esa situación.
- c. Sin embargo, el médico siempre debe tratar de salvar la vida de un paciente inconsciente que ha intentado suicidarse.

5. El Paciente legalmente incapacitado

- a. Incluso si el paciente es menor de edad o está legalmente incapacitado, se necesita el consentimiento de un representante legal en algunas jurisdicciones; sin embargo, el paciente debe participar en las decisiones al máximo que lo permita su capacidad.
- b. Si el paciente incapacitado legalmente puede tomar decisiones racionales, éstas deben ser respetadas y él tiene derecho a prohibir la entrega de información a su representante legal.
- c. Si el representante legal del paciente o una persona autorizada por el paciente, prohíbe el tratamiento que, según el médico, es el mejor para el paciente, el médico debe apelar de esta decisión en la institución legal pertinente u otra. En caso de emergencia, el médico decidirá lo que sea mejor para el paciente.

6. Procedimientos contra la voluntad del paciente

El diagnóstico o tratamiento se puede realizar contra la voluntad del paciente, en casos excepcionales sola y específicamente si lo autoriza la ley y conforme a los principios de ética médica.

7. Derecho a la información

- a. El paciente tiene derecho a recibir información sobre su persona registrada en su historial médico y a estar totalmente informado sobre su salud, inclusive los aspectos médicos de su condición. Sin embargo, la información confidencial contenida en el historial del paciente sobre una tercera persona, no debe ser entregada a éste sin el consentimiento de dicha persona.
- b. Excepcionalmente, se puede retener información frente al paciente cuando haya una buena razón para creer que dicha información representaría un serio peligro para su vida o su salud.
- c. La información se debe entregar de manera apropiada a la cultura local y de tal forma que el paciente pueda entenderla.
- d. El paciente tiene el derecho a no ser informado por su solicitud expresa, a menos que lo exija la protección de la vida de otra persona.
- e. El paciente tiene el derecho de elegir quién, si alguno, debe ser informado en su lugar.

8. Derecho al secreto

- a. Toda la información identificable del estado de salud, condición médica, diagnóstico y tratamiento de un paciente y toda otra información de tipo personal, debe mantenerse en secreto, incluso después de su muerte. Excepcionalmente, los descendientes pueden tener derecho al acceso de la información que los prevenga de los riesgos de salud.
- b. La información confidencial sólo se puede dar a conocer si el paciente da su consentimiento explícito o si la ley prevé expresamente eso. Se puede entregar información a otro personal de salud que presta atención, sólo en base estrictamente de "necesidad de conocer", a menos que el paciente dé un consentimiento explícito.
- c. Toda información identificable del paciente debe ser protegida. La protección de la información debe ser apropiada a la manera del

almacenamiento. Las sustancias humanas que puedan proporcionar información identificable también deben protegerse del mismo modo.

9. Derecho a la Educación sobre la Salud

Toda persona tiene derecho a la educación sobre la salud para que la ayude a tomar decisiones informadas sobre su salud personal y sobre los servicios de salud disponibles. Dicha educación debe incluir información sobre los estilos de vida saludables y los métodos de prevención y detección anticipada de enfermedades. Se debe insistir en la responsabilidad personal de cada uno por su propia salud. Los médicos tienen la obligación de participar activamente en los esfuerzos educativos.

10. Derecho a la dignidad

- a. La dignidad del paciente y el derecho a su vida privada deben ser respetadas en todo momento durante la atención médica y la enseñanza de la medicina, al igual que su cultura y sus valores.
- b. El paciente tiene derecho a aliviar su sufrimiento, según los conocimientos actuales.
- c. El paciente tiene derecho a una atención terminal humana y a recibir toda la ayuda disponible para que muera lo más digna y aliviadamente posible.

11. Derecho a la Asistencia Religiosa

El paciente tiene derecho a recibir o rechazar asistencia espiritual y moral, inclusive la de un representante de su religión.

II.2.2 CARTA DE LOS DERECHOS GENERALES DE LOS PACIENTES PUBLICADA EN DICIEMBRE DE 2001 EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN.

La Carta de los Derechos Generales de los Pacientes, publicada en diciembre del 2001, contiene las prerrogativas de cualquier persona cuando, en su carácter de paciente, recibe atención médica. Para su elaboración participaron la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), la Subsecretaría de Innovación y Calidad, la Comisión Nacional de Bioética, la Comisión Nacional de Derechos Humanos, la Federación Nacional de Colegios de Profesión Médica del IMSS, la Subdirección General Médica del ISSSTE, la Comisión Interinstitucional de Enfermería y la Dirección General de Asuntos Jurídicos de la Secretaría de Salud.

Carta de los Derechos Generales de los Pacientes.

1 RECIBIR ATENCIÓN MEDICA ADECUADA.

La paciente o el paciente tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal preparado de acuerdo a las necesidades de su estado de salud y a las circunstancias en que se brinda la atención; así como a ser informado cuando requiera referencia a otro médico.⁶⁶

2 RECIBIR TRATO DIGNO Y RESPETUOSO.

La paciente o el paciente tiene derecho a que el médico, la enfermera y el personal que le brinden atención médica, se identifiquen y le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su

⁶⁶ Ley General de Salud. Editorial Porrúa. México, 2005. "Arts. 51 y 89" y el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Editorial Porrúa. México, 2005. "Arts. 21 y 48".

intimidad, cualquiera que sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes.⁶⁷

3 RECIBIR INFORMACIÓN SUFICIENTE, CLARA, OPORTUNA Y VERÁZ.

La paciente o el paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a que el médico tratante les brinde información completa sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento; se exprese siempre en forma clara y comprensible; se brinde con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente y sea siempre veraz, ajustada a la realidad.⁶⁸

4 DECIDIR LIBREMENTE SOBRE SU ATENCIÓN.

La paciente o el paciente, o en su caso el responsable, tienen derecho a decidir con libertad, de manera personal y sin ninguna forma de presión, aceptar o rechazar cada procedimiento diagnóstico o terapéutico ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia en pacientes terminales.⁶⁹

5 OTORGAR O NO SU CONSENTIMIENTO VÁLIDAMENTE INFORMADO.

La paciente o el paciente, o en su caso el responsable, en los supuestos que así lo señale la normativa, tiene derecho a expresar su consentimiento, siempre por escrito, cuando acepte sujetarse con fines de diagnóstico o terapéuticos, a procedimientos que impliquen un riesgo, para lo cual deberá ser informado en forma amplia y completa en qué consisten, de los beneficios que se esperan, así como de las complicaciones o eventos negativos que pudieran presentarse a consecuencia del acto médico. Lo anterior incluye las situaciones en las cuales el

⁶⁷ Ley General de Salud, op. cit., “Arts. 51 y 83” y Reglamento de la Ley General de Salud, op. cit., “Arts. 25 y 48”.

⁶⁸ Reglamento de la Ley General de Salud, op. cit., “Arts. 29 y 30” y la Norma Oficial Mexicana NOM-168SSA1-1998, del Expediente Clínico. Numeral 5.5.

⁶⁹ Ibid., “Art. 80” y Numerales 4.2 y 10.1.1 respectivamente, Anteproyecto del Código Guía Bioética de Conducta Profesional de la SSA, “Art. 4, fracción 4.3” y la “Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial sobre los Derechos del Paciente” 1995, apartado C del punto número 10.

paciente decida participar en estudios de investigación o en el caso de donación de órganos.⁷⁰

6 SER TRATADO CON CONFIDENCIALIDAD.

La paciente o el paciente tiene derecho a que toda la información que exprese a su médico, se maneje con estricta confidencialidad y no se divulgue más que con la autorización expresa de su parte, incluso la que derive de un estudio de investigación al cual se haya sujetado de manera voluntaria; lo cual no limita la obligación del médico de informar a la autoridad en los casos previstos por la ley.⁷¹

7 CONTAR CON FACILIDADES PARA OBTENER UNA SEGUNDA OPINIÓN.

La paciente o el paciente tiene derecho a recibir por escrito la información necesaria para obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.⁷²

8 RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA EN CASO DE URGENCIA.

Cuando está en peligro la vida, un órgano o una función, la paciente o el paciente tiene derecho a recibir atención de urgencia por un médico, en cualquier establecimiento de salud, sea público o privado, con el propósito de estabilizar sus condiciones.⁷³

⁷⁰ Ley General de Salud, op. cit., “Arts. 100 Fracc. IV 320 y 321”, Reglamento de la Ley General de Salud, op. cit., “Arts. 80 y 81”, y la Norma Oficial Mexicana, op. cit., Numerales 4.2 y 10.1.1

⁷¹ Norma Oficial Mexicana, op. cit., Numeral 5.6, Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal. “Art. 36”, Ley General de Salud, op. cit., “Arts. 136, 137 y 138” y el Reglamento de la Ley General de Salud, op. cit., “Arts. 19 y 35”.

⁷² Reglamento de la Ley General de Salud, op. cit., “Arts. 29 y 30” y la Norma Oficial Mexicana, op. cit., Numerales 4.9 y 5.5.

⁷³ Ley General de Salud, op. cit., “Art. 55” y el Reglamento de la Ley General de Salud, op. cit., “Arts 71 y 73”.

9 CONTAR CON UN EXPEDIENTE CLÍNICO.

La paciente o el paciente tiene derecho a que el conjunto de los datos relacionados con la atención médica que reciba sean asentados en forma veraz, clara, precisa, legible y completa en un expediente que deberá cumplir con la normativa aplicable y cuando lo solicite, obtener por escrito un resumen clínico veraz de acuerdo al fin requerido.⁷⁴

10 SER ATENDIDO CUANDO SE INCONFORME POR LA ATENCIÓN MÉDICA RECIBIDA.

La paciente o el paciente tiene derecho a ser escuchado y recibir respuesta por la instancia correspondiente cuando se inconforme por la atención médica recibida de servidores públicos o privados.

Así mismo tiene derecho a disponer de vías alternas a las judiciales para tratar de resolver un conflicto con el personal de salud.⁷⁵

II.2.3 PROTECCIÓN DE LOS ENFERMOS EN LA ETAPA FINAL DE SU VIDA. ASAMBLEA PARLAMENTARIA DEL CONSEJO DE EUROPA. RECOMENDACIÓN 1418, ADOPTADA EL 25 DE JUNIO DE 1999.

La Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa ha aprobado una recomendación⁷⁶ a los 41 Estados miembros entre los que figura España sobre protección de los enfermos en la etapa final de su vida. El texto aboga por la definición de los cuidados paliativos como un derecho subjetivo y una prestación

⁷⁴ Reglamento de la Ley General de Salud, op. cit., "Art. 32" y la Norma Oficial Mexicana, op. cit.

⁷⁵ Ley General de Salud, op. cit., "Art. 54", Reglamento de la Ley General de Salud, op. cit., "Arts. 19, 51 y 52" y el Decreto de Creación de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, "Arts. 2, 3, 4 y 13".

⁷⁶ El texto de esta Recomendación fue adoptado por la Asamblea el 25 de junio de 1999 (24ª Sesión). Véase el Doc. 8241, informe del Comité de Asuntos Sociales, de Salud y Familia (ponente: Mrs. Gatterer) y el Doc. 8454, opinión del Comité de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos (ponente: Mr. McNamara).

más de la asistencia sanitaria. Por otra parte, subraya que el deseo de morir no genera un derecho legal del paciente ni una justificación jurídica para que un tercero practique la eutanasia.

La vocación del Consejo de Europa es proteger la dignidad de todos los seres humanos y los derechos que nacen de ella. El progreso médico, que hoy hace posible curar enfermedades hasta ahora intratables, el avance de la técnica y el desarrollo de los sistemas de resucitación, que hacen posible prolongar la vida de una persona, retrasan el momento de la muerte. En consecuencia, con frecuencia se ignora la calidad de vida de los enfermos terminales, la soledad a la que se ven sometidos, su sufrimiento, el de sus familiares y el del personal sanitario que los trata. En 1976, en su resolución 613, la Asamblea declaró que estaba "convencida de que lo que los enfermos terminales quieren es, principalmente, morir en paz y dignidad, con el apoyo y la compañía, si es posible, de su familia y amigos". La Recomendación 779 añadió que "prolongar la vida no debe ser, en sí mismo, el fin exclusivo de la práctica médica, que debe preocuparse igualmente por el alivio del sufrimiento". Más tarde, la Convención Europea para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano en relación con la Aplicación de la Biología y la Medicina ha sentado principios importantes y afirmado el camino, aun cuando no se refiera explícitamente a las necesidades específicas de los enfermos terminales o moribundos. La obligación de respetar y proteger la dignidad de estas personas deriva de la inviolabilidad de la dignidad humana en todas las etapas de la vida. El respeto y protección encuentra su expresión en proporcionar un medio adecuado que permita al ser humano morir con dignidad. Esta tarea debe llevarse a cabo especialmente en beneficio de los miembros más vulnerables de la sociedad, tal y como demuestran muchas experiencias de sufrimiento del presente y del pasado más próximo. De la misma forma que el ser humano comienza su vida en la debilidad y la dependencia, necesita protección y apoyo al morir. Los derechos fundamentales que derivan de la dignidad del paciente terminal o moribundo se ven amenazados por diversos factores:

- I. Las dificultades de acceso a los cuidados paliativos y un buen manejo del dolor.
- II. La frecuente falta de tratamiento del sufrimiento físico y de las necesidades psicológicas, sociales y espirituales.
- III. La prolongación artificial del proceso de muerte, ya por el uso desproporcionado de medios técnicos, ya por la continuación del tratamiento sin consentimiento del paciente.
- IV. La falta de formación continuada y apoyo psicológico a los profesionales sanitarios que trabajan en medicina paliativa.
- V. La insuficiencia de apoyo y asistencia a los familiares y amigos de los pacientes, que también puede aumentar el sufrimiento humano en sus distintas dimensiones.
- VI. El temor de los pacientes a perder el control sobre sí mismos y convertirse en una carga, en seres dependientes por completo de sus familiares o de instituciones.
- VII. La carencia o inadecuación de un entorno social e institucional en el que uno pueda separarse para siempre de sus familiares y amigos en paz.
- VIII. La insuficiente asignación de financiación y recursos para la asistencia y apoyo de los enfermos terminales o moribundos.
- IX. La discriminación social del fenómeno de la debilidad, el morir y la muerte.

La Asamblea insta a los Estados miembros a que su Derecho interno incorpore la protección legal y social necesaria contra estas amenazas y temores que el enfermo terminal o moribundo afronta, y en particular sobre:

- I. El morir sometido a síntomas insoportables (por ejemplo, dolor, ahogo, etc.).
- II. La prolongación del proceso de la muerte contra la voluntad del enfermo terminal.
- III. El morir en el aislamiento social y la degeneración.
- IV. El morir bajo el temor de ser una carga social.
- V. Las restricciones a los medios de soporte vital por razones económicas.

VI. La falta de fondos y recursos materiales para la asistencia adecuada del enfermo terminal o moribundo.

Por tanto, la Asamblea recomienda que el Comité de Ministros inste a los Estados miembros del Consejo e Europa a respetar y proteger la dignidad de los enfermos terminales o moribundos en todos los aspectos:

A. Afirmando y protegiendo el derecho de los enfermos terminales o moribundos a los cuidados paliativos integrales, de modo que se adopten las medidas necesarias para:

I. Asegurar que los cuidados paliativos son un derecho legal e individual en todos los Estados miembros.

II. Proporcionar un acceso equitativo a los cuidados paliativos a todas las personas moribundas o en fase terminal.

III. Garantizar que los familiares y amigos son animados a acompañar al enfermo terminal o moribundo y reciben un apoyo profesional en tal empeño.

Si la familia y/o las asociaciones de cualquier tipo resultan ser insuficientes o limitadas, se deben facilitar métodos alternativos o complementarios de asistencia médica.

IV. Contar con organizaciones y equipos de asistencia ambulatoria, que aseguren la asistencia paliativa a domicilio en los casos en que esté indicada.

V. Asegurar la cooperación entre todas las personas y profesionales implicados en la asistencia del moribundo o la persona en fase terminal.

VI. Garantizar el desarrollo y mejora de los estándares de calidad en los cuidados del enfermo terminal o moribundo.

VII. Asegurar que la persona en fase terminal o moribunda recibirá un adecuado tratamiento del dolor (a menos que el interesado se niegue) y cuidados paliativos, incluso si tal tratamiento tiene como efecto secundario el acortamiento de la vida.

VIII. Garantizar que los profesionales sanitarios reciben formación para proporcionar una asistencia médica, de enfermería y psicológica a cualquier enfermo terminal o moribundo, en el seno de un equipo coordinado y según los estándares más altos posibles.

IX. Crear e impulsar centros de investigación, enseñanza y capacitación en los campos de la medicina y los cuidados paliativos, así como en tanatología interdisciplinar.

X. Garantizar que al menos los grandes hospitales cuentan con unidades especializadas en cuidados paliativos y hospicios, en los que la medicina paliativa pueda desarrollarse como parte integral del tratamiento médico.

XI. Asegurar que la medicina y los cuidados paliativos se asientan en la conciencia pública como un objetivo importante de la medicina.

B. Protegiendo el derecho de las personas en fase terminal o moribundas a la autodeterminación, al tiempo que se adoptan las medidas necesarias para:

XII. Dar eficacia al derecho de la persona en fase terminal o moribunda a una información veraz y completa, pero proporcionada con compasión, sobre su estado de salud, respetando, en su caso, el deseo del paciente a no ser informado.

XIII. Hacer posible que el enfermo terminal o la persona moribunda pueda consultar a otro médico distinto del que le atiende habitualmente.

XIV. Garantizar que ningún enfermo terminal o persona moribunda sea tratada contra su voluntad y que en esta materia no actúa bajo la influencia o presión de un tercero. Además se debe garantizar que su voluntad no se configura bajo presiones económicas.

XV. Asegurar que se respetará el rechazo a un tratamiento específico recogido en las directivas avanzadas o testamento vital de un enfermo terminal o persona moribunda serán respetadas. Por otra parte, se deben definir criterios de validez sobre la coherencia de tales directivas avanzadas, así como sobre la delegación en personas próximas y el alcance de su autoridad para decidir en lugar del enfermo. También se debe garantizar que las decisiones de las personas próximas que se subrogan en la voluntad del paciente que habrán de estar basadas en los deseos expresados con anterioridad por el paciente o en presunciones sobre su voluntad, se adoptan sólo si el paciente implicado en esa situación no ha formulado deseos expresamente o si no hay voluntad reconocible. En este contexto, siempre debe haber una conexión clara con los deseos expresados por la persona en cuestión en un periodo de tiempo cercano al momento en que se adopte la decisión, deseos referidos específicamente al morir, y en condiciones adecuadas, es decir, en ausencia de presiones o incapacidad mental. Se debe asimismo garantizar que no serán admisibles las decisiones subrogadas que se basen en los juicios de valor generales imperantes en la sociedad, y que, en caso de duda, la decisión se inclinará siempre por la vida y su prolongación.

XVI. Garantizar que no obstante la responsabilidad última del médico en materia terapéutica se tienen en cuenta los deseos expresados por enfermo terminal o persona moribunda en relación con formas particulares de tratamiento, siempre que no atenten contra la dignidad humana.

C. Respaldo la prohibición de poner fin a la vida intencionadamente de los enfermos terminales o las personas moribundas, al tiempo que se adoptan medidas necesarias para:

I. Reconocer que el derecho a la vida, especialmente en relación con los enfermos terminales o las personas moribundas, es garantizado por los Estados miembros, de acuerdo con el artículo 2 de la Convención Europea de Derechos Humanos, según la cual "nadie será privado de su vida intencionadamente..."

II. Reconocer que el deseo de morir no genera el derecho a morir a manos de un tercero.

III. Reconocer que el deseo de morir de un enfermo terminal o una persona moribunda no puede, por sí mismo, constituir una justificación legal para acciones dirigidas a poner fin a su vida.

II.3 CUIDADOS PALIATIVOS Y ENCARNIZAMIENTO TERAPÉUTICO.

En las últimas décadas del siglo XX, surge en Inglaterra la Medicina Paliativa, en respuesta a la inminente necesidad de atención que demandan los enfermos terminales. El resto de Europa y Norteamérica se sumaron progresivamente al Movimiento Paliativista, y hacia el final de la década de los 80's la comunidad médica internacional reconoció que la Medicina Paliativa se había convertido más que en un lujo, en una nueva especialidad, que viene a cubrir los enormes vacíos que en la atención médica existen, a partir de que se establece el diagnóstico de terminalidad. En Inglaterra (1987) **la Medicina Paliativa** fue reconocida como una especialidad médica y se le definió como "el estudio y el cuidado del paciente que sufre una enfermedad activa, progresiva, avanzada, para la cual el pronóstico es limitado y la atención debe estar puesta sobre todo en la calidad de vida", así esta nueva especialidad médica incuestionablemente surgió y creció a partir del modelo británico conocido como "hospice".

La Organización Mundial de la Salud (OMS), por su parte, dice que **los Cuidados Paliativos** son “el cuidado activo y total de los pacientes en el momento en que su enfermedad no responde a las medidas curativas. Sus principales objetivos son el control del dolor y de otros síntomas, y la solución de problemas sociales y espirituales. La meta del cuidado paliativo es ofrecer la mejor calidad de vida al paciente y a la familia. Los Cuidados Paliativos afirman la vida y ven el proceso del morir como algo normal... no aceleran, tampoco posponen la Muerte... proveen el alivio del dolor y de otros síntomas angustiantes... integran los aspectos de ayuda psicológica y espiritual... ofrecen un sistema de apoyo para que el paciente pueda vivir lo más activamente posible hasta su Muerte... ofrecen un sistema de apoyo a la familia para que pueda aceptar la enfermedad de su ser querido y superar su duelo”

Con lo anterior queda explicado que los cuidados paliativos se usan cuando curar es ya imposible; luego, su meta es mejorar la calidad de vida. La medicina paliativa, pues, trata al paciente al final de su vida, cuando lo que necesita es confort, dignidad, un sentirse útil todavía, respeto a su persona y una reafirmación de vida más que preparación a la Muerte.

La Organización Nacional de Hospicios de Estados Unidos, por su parte, repite, en lo substancial, la misma definición, añadiendo un punto de fe y de esperanza: “...los cuidados paliativos tienen como propósito apoyar y cuidar a las personas en las últimas fases de su enfermedad, de modo que puedan vivirlas tan plena y confortablemente como sea posible... creyendo y esperando que a través del cuidado personalizado los pacientes y sus familias podrán prepararse a la Muerte en la forma más satisfactoria para cada uno”.⁷⁷

⁷⁷ Organización Nacional de Hospicios y Cuidado Paliativo (NHPCO) es la mayor organización no lucrativa con miembros que representan a profesionales y programas de hospicio y cuidado paliativo en los Estados Unidos. La organización está dedicada a mejorar el cuidado para el fin de la vida y ampliar el acceso al cuidado de hospicio, con la meta de mejorar profundamente la calidad de vida de las personas que están muriendo en América y la de sus seres queridos.

La medicina paliativa tiene varios objetivos básicos: incrementar al máximo la potencialidad del enfermo, tanto en forma individual como dentro de su vida familiar. Estimular la mejoría y el saneamiento de las relaciones del paciente. Incrementar la comunicación con todos los miembros del equipo de salud. Controlar el dolor y los demás síntomas propios de la enfermedad. Y dar el adecuado soporte familiar. Por lo mismo, las áreas de trabajo propios de los cuidados paliativos son:

- **Cuidado total;** es decir, tratar al enfermo no solamente en sus problemas biofisiológicos, sino en un sentido holístico. En pocas palabras, diremos: todo lo que sea motivo de dolor, preocupación, angustia, sufrimiento, es exigencia del cuidado del enfermo.
- **Control de síntomas;** lo que presupone también prevención de los mismos y supervisión médica permanente.
- **Control del dolor;** esto es básico si queremos hablar de calidad de vida. Las fuentes del dolor pueden ser varias: la misma enfermedad, el tratamiento que puede ser molesto en el momento mismo de su aplicación o en las reacciones secundarias que provoque, la presencia de alguna persona indeseada o impreparada que lastime con su trato o su presencia. Cabe afirmar que el ser humano, cuando sufre, sufre como un todo.
- **Apoyo emocional;** tanto al enfermo en fase terminal como a su familia, en el proceso del morir.
- **Apoyo al equipo de salud;** lo que, por otra parte, es uno de los objetivos básicos de la Tanatología.

La medicina paliativa está reconocida, como especialidad, en muchos países desarrollados, y es práctica común en hospitales y hospicios, pero en México no ha tenido todavía el impacto que debe alcanzar. Se han realizado esfuerzos para lograrlo. Por ejemplo, en julio de 1990 se firmó la Declaración mexicana de “**Alivio de Dolor por Cáncer**”; a partir de entonces se adoptó, como política oficial nacional, el alivio de este dolor, reconociendo su importancia como tema de

salud pública. Sin embargo, no hemos dado sino un paso tambaleante todavía. A lo dicho, debemos añadir lo sumamente caro del tratamiento por cáncer. Quizá por esto, Montejo, oncólogo de Guadalajara, no duda en afirmar que los Cuidados paliativos son la única opción realista para la mayoría de nuestros pacientes.

Las necesidades psicosociales y espirituales de los pacientes con cáncer avanzado, suelen ser considerables. Si no son reconocidas y tratadas adecuadamente, el control del dolor y de otros síntomas podrá llegar a ser imposible.

Hablando de cuidados paliativos, los problemas éticos pueden tener una especial importancia. Por eso tenemos que recordar los principios fundamentales. Cuidados Paliativos deben buscar siempre: hacer el bien, minimizar el daño, fortalecer la autonomía del paciente y garantizar una justa distribución de recursos. Por ejemplo: sabemos que toda terapia tiene, al menos potencialmente, efectos secundarios; pongamos un grupo de pacientes con cáncer avanzado incurable; darle más radioterapias, más quimioterapias, puede causar muchos efectos dañinos a la mayoría de ellos, mientras que a la minoría se les daría algunos beneficios. La realidad es que, en la actualidad, no podemos saber a quienes de dicho grupo se beneficiaría y a quienes no. ¿Qué se debe hacer? Quizá el camino del dialogo médico-paciente sea lo adecuado en cada caso particular.

Esta cuestión, nos lleva a valorar nuestra propia concepción de la muerte, nuestros valores y en nuestra perspectiva bioética hacia el trato que se tiene con este tipo de pacientes. Además nos lleva a reflexionar acerca de la denominada calidad de vida y del morir dignamente, aspectos que se establecen en función de cada individuo, ya que lo que significa calidad y dignidad, lo es para unos, pero no necesariamente para otros. Lo más importante es no poner la calidad de vida en función del médico sino en las condiciones y los valores del paciente.

Morir dignamente indica morir en función de las creencias religiosas del paciente o en su caso de no tenerlas, de las convicciones que siempre han sustentado su vida y cosmovisión, es decir, optar por la atención paliativa o por alguna forma de morir. “Si la medicina paliativa pretende que el paciente muera con dignidad, esta paliación debe suspenderse cuando incurra en una situación que desde alguna perspectiva no es digna de un ser humano” (Ocampo).⁷⁸ Ya que la medicina paliativa es la que pretende que el paciente viva con cierto nivel de calidad, es sólo el paciente quien en última instancia puede definir ese nivel de calidad.

Desafortunadamente, aún no se ha logrado de manera formal y estricta respetar la individualidad de cada paciente y de cada médico, lo cual puede destacarse en los aspectos legales a los que se refieren las leyes y normas en relación con el tratamiento de los enfermos. Aquí es donde los legisladores tienen que proporcionar leyes con un fundamento orientado hacia ese trato digno, en función de cada uno, al que todo ser humano tiene derecho.

La **Distanasia** es el polo situado en el extremo contrario de la eutanasia y, con justificación y acierto, se le conoce también con el nombre de **encarnizamiento terapéutico**, porque su rasgo distintivo es la prolongación de la vida y de la agonía mediante la prolongación del sufrimiento físico y mental del enfermo, así como del padecer de la familia y del cuerpo social.

Distanasia no es vida en el sentido exacto, preciso y grato del término que implica existencia ni sólo lo contrario de la eutanasia, sino la antítesis de dignidad, calidad de vida, libertad y respeto; distanasia es la instalación, mantenimiento o acción de no retirar tratamientos heroicos o extraordinarios a quien ya no tiene ninguna probabilidad de sobrevivir, por esencia torturadores, vejatorios y

⁷⁸ Ocampo-Martínez, J. Medicina Paliativa en pacientes en fase terminal. Ed. Anales Médicos. An Med Asoc Med Hosp ABC., 1ª ed. 2001; 46 (4): 200-203.

nulificadores o menguantes de la dignidad, la tranquilidad, el bienestar y la felicidad.

La distanasia, como la canción mexicana de los años treinta, es "ansiedad, angustia y desesperación", aunque también paralelamente cumple con la oferta del gran político y humanista Winston Churchill al heroico pueblo británico cuando las huestes nazis y su mente demoniaca asediaban Gran Bretaña, bastión último en Europa del humanismo y de la libertad: " Sangre, sudor y lágrimas".

En fin, aunque todos están más o menos de acuerdo sobre la conveniencia de no optar por la distanasia, sigue siendo difícil alcanzar un juicio moral *ad hoc* sobre la licitud ética de la eutanasia y el sentido adecuado que deben tener en estos tiempos nuevos la vida y la muerte, la dignidad, la inhibición o supresión del sufrimiento y la supervivencia o la desaparición física del paciente, así como si sigue siendo válido que la índole ortodoxa de la misión del médico⁷⁹ o la enfermera es pugnar por la existencia y la conservación de una calidad de vida humana decorosa y con bienestar anímico, material y social.

De cualquier modo, la vida y la muerte no son entes ajenos entre sí, sino dos partes complementarias o dimensiones de una unidad llamada existencia humana, envuelta en las brumas de la incertidumbre y de la diversidad de tantas opiniones tan poco acordes entre sí.

La disyuntiva es, pues:

⁷⁹ Es harto conocida la anécdota sucedida cuando el desastre de la *Grand Armée* en Rusia y la petición de Napoleón I al médico militar Desgenettes de que, mediante veneno, rematara a los soldados heridos con el fin de facilitar la retirada francesa ante la acometida del implacable general Invierno; la contestación que recibió, escueta y determinante, fue: "Mi deber es mantener la vida, no quitarla". Véase Hugo Fernández de Castro. "Aspectos Médicos de la Eutanasia", en Cano Valle, F., Díaz Aranda y E. Maldonado, *Eutanasia. Aspectos jurídicos, filosóficos, médicos y religiosos*, Ed. Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, México, 5ª ed. 2005, p. 226.

1) Darle fundamento y aceptar la legalización jurídica de la eutanasia y su inclusión como parte significativa de la moralidad de la sociedad posmoderna del siglo XXI, como lo hicieron los legisladores de los Países Bajos.⁸⁰

2) Optar por la muerte digna, la ortotanasia.

Suprimirle la existencia a otro ser humano o, en general, ser vivo, es facilísimo y hasta rápido e indoloro, tal cual lo demuestra el sistema judicial estadounidense cada vez que mediante dosis muy altas de barbitúricos es ejecutado conforme a derecho un prisionero condenado a muerte por sus crímenes; lo difícil y complejo es pugnar por mantener la vida, ahuyentar la guadaña mortal y crear condiciones decorosas para hacer placentero el diario acontecer y el ambiente de un paciente o de un prójimo, tesis la cual no es novedad alguna pues ya Séneca⁸¹ había tomado cartas en el asunto: "Cualquiera puede quitarle la vida a un hombre libre, pero no la muerte; mil puertas abiertas conducen a ella".

II.4 CONSENTIMIENTO INFORMADO.

En las últimas décadas, la relación entre pacientes y médicos ha evolucionado desde la forma paternalista tradicional, en la cual los médicos decidían las opciones para sus pacientes, hasta una relación más igualitaria, en la que la toma de decisiones es compartida, a la vez que los médicos proporcionan información y consejo que permiten que el paciente adulto competente elija las opciones posibles. El proceso por el cual los médicos y los pacientes toman decisiones en

⁸⁰ El *Informe Remmelink* incluye el dato de que en 1990 se registró en los Países Bajos un total de 2,300 casos de muerte por *eutanasia*, en 1995 fue de 3,120: ¡820 más, equivalentes a un aumento de 36 por ciento!

Eutanasia involuntaria. Igual en 1990 que en 1995, la cantidad de muertos fue de 1,000, aproximadamente.

Suicidio asistido. De 400 casos en 1990, se pasó a 540 en 1995: un incremento de 140 casos (35 por ciento).

Véase Hugo Fernández de Castro. "Aspectos Médicos de la Eutanasia", en Cano Valle, F., Díaz Aranda y E. Maldonado, op. cit., p. 227.

⁸¹ Ibid. Lucio Anneo Séneca, escritor y filósofo latino nacido el año 4 a. C. En Córdoba, Andalucía y muerto en Roma el 65 d. C., obligado por Nerón a suicidarse por sus implicaciones en la conspiración de Pisón.

conjunto se llama "**consentimiento informado**", y que se basa en el principio ético de la autonomía individual y del derecho legal a la autodeterminación.

El consentimiento informado consta de tres componentes: información, competencia y voluntad.

La **información** consiste en que el médico informe al paciente acerca del diagnóstico, pronóstico, riesgos y beneficios de las opciones del tratamiento propuesto.

Competencia se refiere a que el paciente es capaz de comprender la información, apreciar la situación y sus consecuencias, manejar racionalmente la información y comunicar su elección del tratamiento propuesto.

Voluntad significa que el paciente elige con libertad, sin ningún otro tipo de coerción indebida por parte del médico ni de ninguna otra persona.

Si bien muchos pacientes están conscientes de que al adoptar un consentimiento de este tipo asumen una responsabilidad sobre su propia salud. En muchas ocasiones hay pacientes que dan su consentimiento para diversos procedimientos apelando a la confianza que le tienen al médico, quien no siempre se conduce de la forma más adecuada a las necesidades y valores del paciente. Esto último ocurre cuando muchos de los profesionales de la medicina consideran que el paciente aún carece de la voluntad y capacidad para entender y actuar de acuerdo con la condición que enfrenta.

Con actitudes como esta se pierde el respeto a la autonomía y diría que también a los valores del paciente. Por lo que ante estas circunstancias es que suelen darse las demandas ya tan en boga que deterioran la profesión médica.

Si bien el consentimiento informado en el caso que nos ocupa se refiera al manejo de enfermos terminales, también se ha orientado en general a las condiciones a las que un enfermo se enfrenta como alguna operación preventiva,

diagnóstica o terapéutica, o bien, cuando participa como sujeto en una determinada investigación. Así en estos casos se deben conocer los riesgos y los beneficios para poder optar por decisiones acordes con las condiciones morales y físicas del paciente, con este tipo de consentimiento se pretende lograr mantener derecho a los valores morales del individuo sano o enfermo como ser autónomo con capacidad para elegir y decidir, sobre situaciones relacionadas con su cuerpo, su vida y su salud.

Los requisitos para tener este tipo de consentimiento son: Que el paciente tenga íntegras sus funciones mentales (comprensión, comunicación, razonamiento y juicio principalmente) para poder evaluar opciones en la toma de decisiones, tomando en cuenta sus valores y metas. A pesar de esta aclaración, existen problemas con relación a este consentimiento ya que no siempre es factible distinguir cuándo un paciente tiene la posibilidad de ejercer sus decisiones de forma libre y juiciosa.

Dentro de estas limitantes encontramos el escaso conocimiento que el médico tiene de su paciente desde el punto de vista psicológico, así como identificar si el paciente en verdad ha comprendido la información que se le ha proporcionado en relación con su salud y que con base en ello adopte una decisión importante en su destino. Otro problema es cuando únicamente se puede obtener el consentimiento de los familiares debido a las condiciones inadecuadas del paciente (enfermedad mental u otras), esto es particularmente importante en pacientes ancianos en donde la familia no siempre adopta decisiones justas acordes con los valores de su paciente y si en beneficios de ellos. Ante esto hay que decidir en función del interés del paciente, considerando qué es lo que él hubiera deseado si estuviera en condiciones de decidir, para lo cual es necesario tener pleno conocimiento de las características sociales, culturales y psicológicas del enfermo y no siempre es factible en nuestro medio conocer estos aspectos.

El consentimiento informado debería más que ayudarnos en casos de demandas y como medidas de prevención para la profesión, como elemento ético que permita al paciente decidir libremente acerca de las condiciones que quiere acerca de su vida y de su mejor morir.

CAPÍTULO TERCERO

CONSIDERACIONES JURÍDICAS INHERENTES A LA EUTANASIA

III.1 DERECHO COMPARADO.

A lo largo de la historia, el debate de la eutanasia ha tocado todas las posiciones ideológicas: desde las prohibiciones extremas hasta las restricciones parciales, y en casos recientes, de gran laxitud.⁸² Un movimiento a favor de su legalización dio inicio en Inglaterra en 1935, cuando Killick Millard fundó la sociedad para la eutanasia. La discusión se ha llevado a las cortes de Australia, Colombia, Estados Unidos, Holanda y otros países. En la segunda mitad del siglo XX varios países europeos restaron severidad a las condenas contra la eutanasia.

Australia fue el primer país en legalizarla, aunque con muy claras restricciones, en el Territorio Norte entró en vigor, en junio de 1996, la Ley de los Derechos de los Enfermos Terminales. Autorizaba al médico a dar muerte al enfermo con una acción positiva, como una inyección letal. Además, permitía que cualquier ciudadano pudiera viajar a ese Estado para someterse al tratamiento.

En marzo de 1997 fue derogada por el Parlamento por sólo cinco votos. En el periodo en el que estuvo vigente, cuatro pacientes fueron autorizados a quitarse la vida.⁸³

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.

⁸² Bok, Sissela, "Choosing Death and Taking Life", *Euthanasia and Physician-Assisted Suicide*, Inglaterra, Cambridge University Press, 1998, pp. 83-92.

⁸³ En el Territorio Norte de Australia estuvo legalizada la eutanasia durante nueve meses, entre 1996 y 1997. Véase Álvarez del Río, A. *Práctica y Ética de la Eutanasia*, Fondo de Cultura Económica, México, 1ª ed. 2005, p.181.

Finalmente, en 1997, el electorado la aprobó con el 60% de los votos y con restricciones a su aplicación. En este precepto estadounidense se admite el suicidio asistido: los médicos pueden prescribir drogas letales pero no administrarlas. Sin embargo prohíbe la eutanasia.

Se considera parte de una atención médica que incluye una buena atención paliativa.

El médico ayuda al paciente a morir mediante la prescripción de los medicamentos que necesita, pero debe ser el paciente quien los tome por sí mismo. El paciente debe haber solicitado la ayuda tres veces o más en un periodo de 15 días o más; dos veces de manera oral y una por escrito, y dos médicos deben aprobar la petición y referir al paciente a consulta si hay signos de depresión u otro trastorno mental.

Es un requisito que el tiempo de expectativa de vida del paciente sea de menos de seis meses. Por esta razón algunos enfermos no pueden recurrir a esta opción, ya que el avance de su enfermedad les impide administrarse los medicamentos y tragárselos. Dar ayuda para que tomen y traguen los medicamentos se considera un delito.⁸⁴

En Colombia la corte constitucional aprobó en 1997 una ley que permite la eutanasia, pero no ha sido ratificada por el parlamento.

En Uruguay se necesita adecuar la legislación, pero los casos llevados a juicio por “muerte piadosa” han sido absueltos.

El Código Penal de Uruguay de 1934 en su artículo 37 establece la figura de homicidio piadoso: *"Los Jueces tienen la facultad de exonerar de castigo al sujeto de*

⁸⁴ Álvarez del Río, op. cit., pp. 179-180.

*antecedentes honorables, autor de un homicidio, efectuado por móviles de piedad, mediante súplicas reiteradas de la víctima".*⁸⁵

En Francia, un informe del Comité de Ética de las Ciencias y de la Salud Francesa (CCNE),⁸⁶ publicado en marzo de 2000, abrió 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". Este tipo de eutanasia sería diferente de la activa, considerada un homicidio, y de la pasiva, castigada como si se tratara de una omisión de socorro a una persona en peligro. Según uno de los redactores de la recomendación, en Francia se practican anualmente alrededor de dos mil eutanasias clandestinas.

El país que más ha avanzado en la legislación sobre eutanasia es Holanda. El 29 de noviembre de 2000, la cámara baja del Parlamento holandés aprobó la eutanasia por 104 votos contra 40, y el 11 de abril de 2001 el Senado la ratificó por 46 votos sobre 28. En Holanda se aplica la eutanasia desde el año dos mil dos con base en la ley, siguiendo ciertas condiciones. Holanda se constituye como el primer país que legaliza totalmente esta práctica.⁸⁷

En el año dos mil dos, Bélgica se convirtió en el segundo país en el mundo en aprobar una Ley que despenaliza la eutanasia y permite el suicidio asistido.

La legislación de Bélgica va más allá que la Holandesa, pues los pacientes no terminales y personas que padecen un insoportable sufrimiento psíquico pueden pedir la eutanasia a su médico desde mayo de dos mil dos.

⁸⁵ www.parlamento.gub.uy/Codigos/CodigoPenal/Cod_Pen.htm

⁸⁶ Es la más alta instancia francesa sobre cuestiones éticas. Véase Federico Ortiz Quesada. "Eutanasia", en Cano Valle, F., Díaz Aranda y E. Maldonado, Eutanasia. *Aspectos jurídicos, filosóficos, médicos y religiosos*, Ed. Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, México, 5ª ed. 2005, p. 105.

⁸⁷ *Ibid.* p.105.

La ley de eutanasia en Bélgica sólo pone dos condiciones para la terminación anticipada de la vida: el paciente debe estar afectado por una enfermedad incurable o padecer un sufrimiento físico o psíquico insoportable. Pero en los casos en los que no sufre de padecimiento incurable también es posible recurrir a la práctica si el médico se toma un mes de reflexión y pide el consejo de dos colegas.

Esta ley sólo es aplicable a personas mayores de 18 años, capaces de hacer la petición por sí mismas. También establece la facultad de suscribir un testamento de vida que debe ser renovado cada 5 años y que entra en vigor cuando el paciente cae en estado de coma.⁸⁸

En Japón, el 28 de marzo de 1995 la Corte de Yokohama encontró culpable a un doctor de asesinar a un paciente de cáncer terminal que esperaba morir en unos pocos días, recibiendo una condena de dos años de prisión que se suspendió. La Corte entonces anunció cuatro condiciones bajo las que se permitiría la eutanasia en Japón, que el paciente sufra un dolor físico insoportable e inaguantable, la muerte sea inevitable e inminente, que se hayan tomado todas las medidas necesarias para eliminar el dolor y que el paciente haya expresado claramente su consentimiento.⁸⁹

En Francia, en abril de 2005 se expidió una ley que permite a los pacientes en fase terminal poner fin a los tratamientos médicos, esto es, una forma de eutanasia pasiva, reconociendo el derecho de morir. Sin embargo, no legaliza la eutanasia activa. También permite a los doctores administrar analgésicos a los pacientes que han decidido terminar con el tratamiento terapéutico, incluso si tales drogas aceleran la muerte.

⁸⁸ www.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/?sesion=2005/05/18/1&documento=25

⁸⁹ Exposición de motivos de la Iniciativa de decreto por el que se reforman y adicionan diversas disposiciones de la Ley de Salud y del Código Penal para el Distrito Federal, que presenta el diputado Víctor Gabriel Varela López, del grupo parlamentario del Partido de la Revolución Democrática en www.asambleadf.gob.mx

En países europeos como Alemania y Suiza es permitido el suicidio asistido y reconocen legalmente el testamento de vida.

En Suiza, la ayuda al suicidio se permite legalmente desde 1941, siempre y cuando la asistencia se dé por motivos altruistas, y la petición de quien quiere terminar con su vida sea autónoma; existe una asociación, *Dignitas*, que en los últimos años ha extendido esta ayuda a enfermos extranjeros que llegan al país en busca de la última posibilidad de morir con dignidad.⁹⁰

España permite el suicidio asistido. No obstante, no hay disposiciones de carácter nacional referentes a la eutanasia, pero en Cataluña en diciembre de 2000 ya se adoptó el testamento vital, y en Extremadura se propuso en abril de 2001 legislar sobre la eutanasia pasiva y el testamento vital. Mientras que el Reino Unido y Dinamarca reconocen legalmente el testamento de vida.

El testamento de vida también es reconocido en Australia (por cuatro estados) y Canadá (las provincias de la Columbia Británica: Manitoba, Nova Scotia, Ontario y Québec desde 1992).⁹¹

III.1.1 EN LOS PAÍSES BAJOS.

En los Países Bajos se entiende por eutanasia la terminación de la vida que lleva a cabo el médico a petición del paciente, después de un proceso de evaluación muy delicado.

Después de veinte años, las discusiones han dado como resultado una nueva Ley sobre Requisitos de Cuidado y Esmero Profesional y modificaciones en el Código Penal, que acaban de ser aprobadas el 10 de abril de 2001.

⁹⁰ En 1988 se fundó la asociación *Dignitas*, que ayuda a suicidarse a las personas que así lo deseen, para evitar la indignidad y el sufrimiento de una enfermedad. Esta ayuda es extensiva a enfermos que vienen de otros países. Véase Álvarez del Río, op. cit., p.180.

⁹¹ www.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/?sesion=2005/05/18/1&documento=25

El artículo 293 del Código Penal, que ha sido modificado, quedó formulado de la siguiente manera:

Artículo 293

- 1. “El que quitare la vida a otra persona, según el deseo expreso y serio de la misma, será castigado con pena de prisión de hasta doce años o con una pena de multa de la categoría quinta”.**

- 2. “El supuesto al que se refiere el párrafo 1 no será punible en el caso de que haya sido cometido por un médico que haya cumplido con los requisitos de cuidado recogidos en el artículo 2o. de la Ley sobre Comprobación de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio, y se lo haya comunicado al forense municipal conforme al artículo 7o., párrafo segundo de la Ley Reguladora de los Funerales”.**

La modificación de artículo 294 del Código Penal resulta en el siguiente texto:

Artículo 294

“El que de forma intencionada prestare auxilio a otro para que se suicide o le facilitare los medios necesarios para ese fin, será, en caso de que se produzca el suicidio, castigado con una pena de prisión de hasta tres años o con una pena de multa de la categoría cuarta. Se aplicará por analogía el artículo 293, párrafo segundo”.⁹²

Estos dos artículos muestran que la eutanasia sigue siendo castigada, pero que, bajo estrictas condiciones de cuidado, hay excepciones que ofrecen al médico la posibilidad de ayudar a un paciente con una enfermedad terminal y dolor insoportable, sin repercusiones.

⁹² J. Dornewaard. “La política de eutanasia en los Países Bajos”, en Cano Valle, F., Díaz Aranda y E. Maldonado, Eutanasia. Aspectos jurídicos, filosóficos, médicos y religiosos, Ed. Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, México, 5ª ed. 2005, pp. 52 y 53.

En el capítulo 2, artículo 2., de la nueva ley están estipulados los requisitos de cuidado y esmero profesional, los cuales debe cumplir el médico, a saber:

Artículo 2

1. *"Los requisitos de cuidado a los que se refiere el artículo 293, párrafo segundo, del Código Penal, implican que el médico:*
 - a) *Ha llegado al convencimiento de que la petición del paciente es voluntaria y bien meditada;*
 - b) *Ha llegado al convencimiento de que el padecimiento del paciente es insoportable y sin esperanzas de mejora;*
 - c) *Ha informado al paciente de la situación en que se encuentra y de sus perspectivas de futuro;*
 - d) *Ha llegado al convencimiento junto con el paciente de que no existe ninguna otra solución razonable para la situación en la que se encuentra este último;*
 - e) *Ha consultado, por lo menos, con un médico independiente que ha visto al paciente y que ha emitido su dictamen por escrito sobre el cumplimiento de los requisitos de cuidado a los que se refieren los apartados a al d, y*
 - f) *Ha llevado a cabo la terminación de la vida o el auxilio al suicidio con el máximo cuidado y esmero profesional posible".*
2. *"El médico podrá atender la petición de un paciente, que cuente al menos con dieciséis años de edad, que ya no esté en condiciones de expresar su voluntad pero que estuvo en condiciones de realizar una valoración razonable de sus intereses al respecto antes de pasar a encontrarse en el citado estado de incapacidad y que redactó un declaración por escrito que contenga una petición de terminación de su vida. Se aplicarán por analogía los requisitos de cuidado a los que se refiere el párrafo primero".*
3. *"Si se trata de un paciente menor de edad, cuya edad esté comprendida entre los dieciséis y los dieciocho años, al que se le pueda considerar en condiciones de realizar una valoración razonable de sus intereses en este asunto, el médico podrá atender una petición del paciente de terminación de su vida o una petición de*

auxilio al suicidio, después de que los padres o el padre o la madre que ejerza(n) la patria potestad o la persona que tenga la tutela sobre el menor, haya(n) participado en la toma de la decisión”.

4 “En caso de que el paciente menor de edad tenga una edad comprendida entre los doce y los dieciséis años y que se le pueda considerar en condiciones de realizar una valoración razonable de sus intereses en este asunto, el médico podrá atender una petición del paciente de terminación de su vida o una petición de auxilio al suicidio, en el caso de que los padres o el padre o la madre que ejerza(n) la patria potestad o la persona que tenga la tutela sobre el menor, esté(n) de acuerdo con la terminación de la vida del paciente o con el auxilio al suicidio. Se aplicará por analogía el párrafo segundo”.⁹³

Como es de observarse, la legislación se centra en la petición del paciente. No basta la petición en sí. El médico tiene obligación de determinar que no sólo existe la petición, sino también que la petición es: a) voluntaria, y b) bien meditada. Además debemos señalar la importancia de la consulta con otro médico. Antes de que el médico acceda a atender una petición de eutanasia, debe consultar con un médico independiente que no está involucrado en el tratamiento del paciente. Este médico independiente investiga la evolución del proceso patológico, la voluntariedad de la petición y la seria meditación de la petición, después se requiere de la evaluación asesora, por escrito, de un colega.

En los Países Bajos va a construirse una red de trabajo de médicos (de familiar) especialmente capacitados para dar una respuesta especializada a las preguntas con las que se enfrentan los médicos a la hora de tomar una decisión en torno al final de la vida. El médico que trata al paciente en cuestión tendrá la posibilidad de consultar a uno de estos asesores.

⁹³ Senado, año 2000-2001, 26691, núm. 137.

Cabe aclarar que no se aceptan todas las peticiones de eutanasia. Dos terceras partes de todas las peticiones de eutanasia que reciben los médicos son denegadas. A menudo hay tratamientos que ofrecen una solución, y en ocasiones el paciente llega al proceso agónico antes de que se haya decidido sobre la petición.

Los médicos no están obligados a acceder a las peticiones de eutanasia. Por otra parte, la práctica demuestra que muchos pacientes encuentran sosiego en el conocimiento de que el médico está dispuesto, llegado el caso, a proceder a la eutanasia y terminan su vida de forma natural sin necesidad de hacer uso de la misma.

En los Países Bajos el médico debe notificar todo caso de muerte no natural al forense municipal. En el caso de eutanasia el médico tiene que notificar al forense municipal y a la comisión regional de comprobación de la eutanasia.

La comisión, integrada por un jurista, un médico y un experto en cuestiones éticas, comprueba si la actuación del médico cumple los criterios de cuidado. Si la comisión dictamina que el médico ha actuado con el cuidado y el esmero profesional exigible, el caso está concluido. Si la comisión demuestra un problema en la actuación, envía el caso al Ministerio Fiscal.

Hay cinco comisiones regionales que publican informes anuales en los cuales todos los casos están descritos y en que se explica de manera abierta cómo están examinados los casos concretos, pero anónimos, con requisitos de cuidado y esmero profesional. Por medio de estas publicaciones, las comisiones contribuirán a establecer el control y la conciencia social acerca de la terminación de la vida a petición propia. A fin de cuentas, los aspectos mencionados promueven la actuación esmerada de los médicos.⁹⁴

⁹⁴ www.minbuza.nl/default.asp?CMS_ITEM=MBZ461022#P22_201

Finalmente, daremos una breve descripción del procedimiento de eutanasia, proporcionado por la Primera secretaria de la embajada de los Países Bajos Joanne Dornewaard.

Si un paciente con una enfermedad terminal y dolor insoportable quiere ver la posibilidad de eutanasia, el médico familiar debe discutir de manera profunda el caso con su paciente, es decir: analizar la situación, las posibilidades de tratamientos contra el dolor, las perspectivas de vida, etcétera.

En pocas palabras, antes de llegar a la opción de eutanasia, el médico tiene que descartar todas las otras posibilidades. Además debe consultar a un médico independiente que ve personalmente al paciente. Después de una discusión amplia con el paciente y el médico independiente, el médico toma su decisión de acceder o no a la petición del paciente. En caso de que tome la decisión a favor del paciente en cuestión, la notifica a la comisión regional que dictamina que el médico ha actuado con el cuidado y el esmero profesional exigible.

Como ya mencionamos antes, se da prioridad a la voluntariedad del paciente en esta discusión. Si un paciente está en coma, o tan enfermo que no puede expresar su voluntad, el doctor no puede acceder a una posible petición de la familia. La ley no lo permite.

Hay pacientes que quieren prolongar su vida por cualquier medio, aunque esto implique la prolongación del sufrimiento o la pérdida de la dignidad. Pero hay otros pacientes, también en casos terminales, quienes ya no quieren prolongar una vida sin futuro, en la cual el dolor es constante y el sufrimiento no termina. A la hora de solicitar la eutanasia, el dolor, la degradación personal y el deseo de morir con dignidad son los principales motivos de los pacientes.

El gobierno Neerlandés creó un espacio jurídico para que los médicos puedan ayudar, respetando siempre la vida humana. La eutanasia sigue siendo castigada en los Países Bajos, pero los médicos que deseen prestar ayuda a

pacientes con las características ya mencionadas, pueden hacerlo siempre y cuando se apeguen estrictamente a la ley.

Los nuevos artículos, creados y modificados con respecto a la eutanasia, fueron aprobados después de un proceso de amplia discusión y consulta. La nueva ley tiene una amplia reverberación social en la sociedad Neerlandesa.

De esta manera Holanda abre la posibilidad de una muerte digna para las personas con enfermedades terminales que ya agotaron todo tipo de terapia y que sufren de un dolor constante sin esperanza de vida. Es de suma importancia enfatizar que en las discusiones para aprobar la ley se tomó como prioridad que el procedimiento, desde el principio hasta el final, sea completamente transparente.⁹⁵

III.1.2 EN COLOMBIA.

Desde el punto de vista del ordenamiento jurídico colombiano, el tema de la eutanasia,⁹⁶ o comúnmente conocida como "derecho a una muerte digna", fue analizado por la Corte Constitucional colombiana con ocasión de la sentencia de constitucionalidad número 239 de 1997, en donde se demandó la inconstitucionalidad del artículo 326 del Código Penal que tipifica como delito el homicidio por piedad.

En primer lugar es necesario destacar, brevemente, que en Colombia el control abstracto de constitucionalidad, es decir, aquel que recae sobre normas de

⁹⁵ J. Dornewaard. "La política de eutanasia en los Países Bajos", en Cano Valle, F., Díaz Aranda y E. Maldonado, op.cit., pp. 55-57.

⁹⁶ Como bibliografía jurídica sobre el tema pueden consultarse, entre otros, Casado González, María, *La eutanasia: aspectos éticos y jurídicos*, Madrid, Reus, 1994, p.14; Díaz Aranda, Enrique, *Dogmática del suicidio y homicidio consentido*, Madrid, Universidad Complutense, Facultad de Derecho, 1995, p.140; *id.*, *Del suicidio a la eutanasia*, México, Cárdenas Editor, 1998, p.406; Díez Ripollés, José Luis y Muñoz Sánchez, Juan (coords.), *El tratamiento jurídico de la eutanasia: una perspectiva comparada*, Valencia, Tirant lo Blanch, 1996, p. 555; Núñez Paz, Miguel Ángel, *Homicidio consentido, eutanasia y derecho a morir con dignidad. Problemática jurídica a la luz del Código Penal de 1995*, Madrid, Tec-nos, 1999, p. 497.

carácter general con fuerza de ley, se ha atribuido como competencia expresa a la Corte Constitucional, quien ejerce la función de salvaguardar la supremacía de la Constitución y hace las veces de su intérprete supremo. Dicho en otras palabras, a este organismo jurisdiccional se le atribuye la posibilidad de excluir del ordenamiento jurídico con efectos *erga omnes* o generales, las normas que sean contrarias al contenido material o formal de la carta superior.

Adicionalmente, por expresa disposición del artículo 241 de la Constitución de 1991, la posibilidad de interponer la acción de inconstitucionalidad, o en otros términos, la legitimación activa en el proceso de constitucionalidad, radica en cabeza de cualquier ciudadano,⁹⁷ nota característica del constitucionalismo colombiano a partir de la reforma constitucional en 1991 a la derogada Constitución de 1886.

Por las anteriores razones, el tema de la eutanasia fue conocido por el citado organismo jurisdiccional y de ahí la importancia que revisten los efectos de la declaración sobre el ordenamiento jurídico,⁹⁸ máxime si la decisión adoptada lo que hizo en la práctica fue despenalizar la eutanasia activa, circunstancia que ha dado origen a una airada controversia en Colombia sobre la oportunidad de la misma,⁹⁹ así como también sobre el papel de la Corte Constitucional en el sistema constitucional colombiano.

En síntesis, la decisión de la Corte Constitucional declaró exequible (constitucional) el homicidio por piedad, pero creó una excepción, la cual

⁹⁷ Dentro de las competencias de la Corte Constitucional, el artículo 241 numeral 4 de la Constitución Política de 1991 establece: "Decidir sobre las demandas de inconstitucionalidad que presenten los ciudadanos contra las leyes, tanto por su contenido material como por vicios de procedimiento en su formación". *Constitución Política de Colombia*, Santa Fe de Bogotá, Presidencia de la República, 1991, p. 92.

⁹⁸ Sobre el tema puede consultarse: Lozano Villegas, Germán, El valor normativo de las sentencias de la Corte Constitucional con ocasión del control abstracto y su incidencia en sistema de fuentes del derecho: el caso colombiano, Santa Fe de Bogotá, Ed. Publicaciones Universidad Externado de Colombia, 1ª ed. marzo de 2000, p. 74.

⁹⁹ Sobre el particular pueden consultarse: Gaviria Díaz, Carlos, *Rescate de la dignidad*; Sánchez Torres, Fernando, "Dilema médico", *El Tiempo*, sección Lecturas Dominicales, Casa editorial El Tiempo, Santa Fe de Bogotá, 1ª ed. febrero de 2001, p. 1.

consiste en que si concurren dos condiciones: a) consentimiento del sujeto pasivo, y b) presencia de un profesional en medicina que propicie la muerte al paciente, no podrá deducirse responsabilidad penal a este último; es decir, se crea una causal de justificación especial para el delito citado.

En términos generales, dentro del tema de la muerte digna pueden presentarse varios comportamientos, tales como: a) asistencia al suicidio (en donde un tercero le suministra los elementos al paciente para que éste se dé muerte a sí mismo); b) eutanasia activa (caso en donde un tercero da muerte al paciente ya sea con o sin su consentimiento, de ahí que se hable de forma voluntaria e involuntaria), y c) eutanasia pasiva (evento en el cual se deja de practicar al paciente el tratamiento respectivo por imposibilidad de recuperación, la cual también puede ser voluntaria o involuntaria).¹⁰⁰

Ahora bien, el demandado artículo 326 del Código Penal define el homicidio por piedad como:

"El que matare a otro por piedad, para poner fin a sus intensos sufrimientos provenientes de la lesión corporal o enfermedad grave e incurable, incurrirá en prisión de seis meses a tres años".¹⁰¹

Si se comparan las definiciones antes mencionadas, es posible inferir que el tema que concretamente aborda la sentencia en cuestión es el relativo al de la eutanasia activa, si se tiene en cuenta que involucra la intervención de un tercero (sujeto activo) quien propicia la muerte a otro.¹⁰²

¹⁰⁰ Corte Constitucional, sentencia de constitucionalidad C-239 de 1997. Magistrado ponente: Carlos Gaviria Díaz, Santa Fe de Bogotá, 20 de mayo de 1997. También puede consultarse: Zugaldía Espinar, José Miguel, "Algunas consideraciones sobre la eutanasia en las legislaciones penales de Colombia y España", *Revista Chilena de Derecho*, vol. 14, núms. 2-3, mayo-diciembre de 1987.

¹⁰¹ Ibid.

¹⁰² El tema de la eutanasia activa fue tratado con mayor claridad por el Código Penal colombiano de 1936, que en su artículo 364 establecía: "Si se ha causado el homicidio por piedad con el fin de acelerar una muerte inminente o de poner fin a graves padecimientos o lesiones personales,

Igualmente, como se desprende de la simple lectura del artículo 326 del Código Penal, se tipifica como delito la acción de un sujeto de dar muerte a otro bajo una motivación subjetiva de piedad, sin que desde el punto de vista legal interese el consentimiento de la víctima. Sobre este último aspecto, el consentimiento del paciente es con fundamento en el cual la Corte Constitucional en virtud de una sentencia manipulativa o aditiva del ordenamiento, en nuestra opinión abre la posibilidad para que exista la eutanasia activa en Colombia.

Antes de entrar al análisis de la fundamentación jurídica de la sentencia, es importante recordar brevemente las razones que esgrimió el actor en la demanda de constitucionalidad y los argumentos que utilizó la Corte para enfrentarlos de la siguiente manera:

En primer lugar, el accionante sostiene que el Estado social de derecho (tal como se define la República de Colombia en el artículo 1o. de la Constitución) propende por la protección de la vida, previniendo cualquier ataque sobre ella y que, a su criterio, el artículo 326 del Código Penal permite al médico o al particular tomar la decisión de terminar con la vida de una persona enferma toda vez que la sanción penal respectiva (seis meses a tres años) es muy baja y por lo tanto se constituye en una autorización para dar muerte a otro. En segunda instancia, manifiesta que la norma acusada vulnera el derecho a la igualdad, toda vez que se establece una discriminación entre el homicidio por piedad frente el homicidio *stricto sensu*, haciendo la sanción inferior para la primera con relación a la segunda y, en ese tenor, se estaría desvalorando la vida de una persona convaleciente.¹⁰³

reputados incurables, podrá atenuarse excepcionalmente la pena, cambiarse el presidio por prisión o arresto y aun aplicarse el perdón judicial".

¹⁰³ Corte Constitucional, sentencia de constitucionalidad C-239 de 1997. Magistrado ponente: Carlos Gaviria Díaz, Santa Fe de Bogotá, 20 de mayo de 1997. Véase www.secretariassenado.gov.co/leyes/SC239_97.HTM

En relación con los argumentos expuestos por el actor, el alto tribunal de justicia afirma que el actor confunde el homicidio por piedad con otros tipos de homicidio, ya que el primero tiene una característica especial que es una motivación subjetiva en eliminar el sufrimiento, dolor o padecimiento ajeno, en contraposición al homicidio por fines de lucro o el homicidio cuyo fin consiste en la preservación o el mejoramiento de la especie humana, homicidio eugenésico, entre otros.

También se destaca que a la luz del ordenamiento constitucional colombiano el derecho penal es de carácter subjetivo, es decir, su fundamento radica en el concepto de culpabilidad, en donde convergen dos factores: *a)* la voluntad del sujeto activo en la realización del ilícito, y *b)* la relación o nexo de causalidad entre la acción y el resultado. Adicionalmente, precisó la Corte que, dependiendo de la acción u omisión del delito, pueden generarse varias conductas que pueden ser tipificadas con sanciones diversas.

Al anterior argumento se suma el análisis de la piedad, definida como un sentimiento altruista y de bondad en la cabeza del sujeto activo al momento de la realización del hecho punible.

Esta especificidad de la piedad justifica la existencia de una pena menor para el delito si, desde luego, convergen los demás supuestos de hecho que el tipo legal requiere.

Con las razones expuestas anteriormente, el juez constitucional descarta la posibilidad de una inconstitucionalidad sobre el artículo 326 del Código Penal ya mencionado.

Sin embargo, una vez eliminados los cargos de inconstitucionalidad, la Corte *motu proprio* realiza un análisis sobre el tema del consentimiento de la víctima y sus implicaciones frente al homicidio por piedad. En este punto, el más relevante

de la sentencia, es donde se plantea la discusión sobre si a la luz de la Constitución de 1991 puede permitirse la eutanasia activa voluntaria.

La Corte empieza por sostener que el consentimiento desde el punto de vista del derecho penal puede ser visto desde varias perspectivas: como causal de antijuridicidad, como causal de atenuación punitiva, o incluso, como elemento necesario del tipo penal y que, por lo tanto, es necesario establecer a cuál de estas categorías pertenece el consentimiento del sujeto pasivo en el homicidio por piedad. Además, esta interpretación, dice la Corte, debe hacerse a la luz de los postulados de la Constitución de 1991.¹⁰⁴

En el ordenamiento jurídico colombiano se encuentra prevista la vida como un valor, un principio y derecho fundamental¹⁰⁵ y es el pilar para el ejercicio de los demás derechos; sin embargo, cuando la vida de un sujeto se ve afectada por una enfermedad grave e incurable se presenta la interrogante de si la persona puede escoger entre seguir viviendo, o morir anticipadamente en condiciones menos dolorosas.

Esta cuestión ha dado lugar a una variada vertiente de posiciones filosóficas sobre el tema, que desde luego para los efectos aquí requeridos deben plantearse desde el punto de vista de los derechos fundamentales, y lógicamente desde la perspectiva del derecho constitucional. En ese sentido, la Corte, de manera certera, precisó que en un Estado constitucional pluralista, la multiplicidad de opciones filosóficas y de diversa índole deben ser absorbidas desde el punto de vista del pluralismo. En otros términos, la Constitución debe

¹⁰⁴ El Código Penal (Decreto 100 de 1980) es anterior a la Constitución Política de Colombia de 1991.

¹⁰⁵ Lo anterior se desprende del preámbulo de la Constitución, que en su parte respectiva dice: "...asegurar a sus integrantes la vida..."; del artículo 1o. que reza: "Colombia es una República fundada en el respeto de la dignidad humana", y de su artículo 11, que consagra: "El derecho a la vida es inviolable. No habrá pena de muerte". *Constitución Política de Colombia, cu.*, nota 2.

permitir el amparo de diversas corrientes filosóficas sin atar sus principios a una de ellas.

Aparte de la consagración constitucional y protección a la vida, el Estado colombiano propende porque ésta se desarrolle en condiciones de dignidad y libertad (el libre derecho de la personalidad),¹⁰⁶ argumentos que sirven de sostén a la Corte para tomar postura en este debate ideológico, en estos términos:

En síntesis, desde una perspectiva pluralista no puede afirmarse el deber absoluto de vivir, pues, como lo ha dicho Radbruch, bajo una Constitución que opta por este tipo de filosofía, las relaciones entre el derecho y la moral no se plantean a la altura de los deberes sino de los derechos. En otras palabras: quien vive como obligatoria una conducta, en función de sus creencias religiosas o morales, no puede pretender que ella se haga coercitivamente exigible a todos; sólo que a él se le permita vivir moral plena y actuar en función de ella sin interferencias.¹⁰⁷

Las anteriores palabras sintetizan de manera clara la opinión de la Corte Constitucional sobre el tema, que en buena parte no es más que desarrollo de la jurisprudencia sobre el carácter no absoluto de los derechos fundamentales¹⁰⁸ y el papel del Estado frente a éstos. Lo dicho nos permite concluir que el Estado se encuentra obligado a proteger la vida, pero haciendo esta función compatible con el respeto a la dignidad humana, la autonomía personal, el libre desarrollo de la

¹⁰⁶ Sobre el tema, la Corte Constitucional se ha manifestado de la siguiente forma: "El derecho fundamental al libre desarrollo de la personalidad protege la capacidad de las personas para definir, en forma autónoma, las opciones vitales que habrán de guiar el curso de su existencia. En esta medida, ha señalado que, en el artículo 16 de la Carta Política, se consagra la libertad *in nuce*, toda vez que cualquier tipo de libertad se reduce finalmente a ella o, dicho de otro modo, la anotada norma constitucional constituye una cláusula general de libertad. Así caracterizado, el derecho al libre desarrollo de la personalidad presupone, en cuanto a su efectividad, que el titular del mismo tenga la capacidad volitiva y autonomía suficientes para llevar a cabo juicios de valor que le permitan establecer las opciones vitales conforme a las cuales dirigirá su senda existencia!". Corte Constitucional, sentencia de unificación SU 642 de 1998; magistrado ponente: Eduardo Cifuentes Muñoz, Santa Fe de Bogotá, 5 de noviembre de 1998.

¹⁰⁷ Véase Corte Constitucional, sentencia de constitucionalidad C-239 de 1997.

¹⁰⁸ Sobre el particular pueden revisarse las siguientes sentencias: C-093 de 1995; C-522 de 1995; C-578 de 1995; C-045 de 1996, entre otras.

personalidad, y a la prohibición de tratos crueles e inhumanos frente a los derechos inalienables de la persona humana, protegidos por la Constitución.

Valga agregar que estos derechos revisten particular importancia si su titular se encuentra en un estado deplorable de salud, ya que como bien lo anota la Corte Constitucional:

...la decisión de cómo enfrentar la muerte adquiere una importancia decisiva para el enfermo terminal, que sabe que no puede ser curado, y que por ende no está optando entre la muerte y muchos años de vida plena, sino entre morir en condiciones que él escoge, o morir poco tiempo después en circunstancias dolorosas y que juzga indignas. El derecho fundamental a vivir en forma digna implica entonces el derecho a morir dignamente...¹⁰⁹

Estos elementos le sirven a la Corte para darle una relevancia especial al consentimiento del sujeto pasivo y así justificar su decisión.

Ya habiendo tratado el tema del derecho a la vida frente a la autonomía, la Corte empieza a decantar qué características debe tener el consentimiento de la persona, tarea que desarrolla tomando como base el criterio del consentimiento informado¹¹⁰ utilizado por el juez constitucional en los casos de tratamientos médicos.

Este tipo de consentimiento consiste en que el paciente tiene derecho a conocer y escoger el tipo de tratamiento al cual va a ser sometido, e incluso, a tomar la

¹⁰⁹ Véase *supra* nota 12.

¹¹⁰ La Corte ha definido el consentimiento informado en los siguientes términos: “Dada la distancia científica que generalmente existe entre el médico y el enfermo, lo mínimo que se le puede exigir a aquél es que anticipadamente informe al paciente sobre los riesgos que corre con la operación o tratamiento o las secuelas que quedarían, con la debida prudencia, sin minimizar los resultados pero sin alarmar al enfermo en tal forma que desalentaría el tratamiento; es un equilibrio entre la discreción y la información que sólo debe apuntar a la respuesta inteligente de quien busca mejorar la salud, superar una enfermedad o mitigar el dolor. Esto se ha llamado el *consentimiento informado*; no es otra cosa que la tensión constante hacia el porvenir que le permite al hombre escoger entre diversas opciones. Es la existencia como libertad: tomar en sus manos su propio devenir existencial!”. Corte Constitucional, sentencia de tutela T-477 de 1995; magistrado ponente: Alejandro Martínez Caballero, Santa Fe de Bogotá, 23 de octubre de 1995.

decisión de no continuar determinado tratamiento médico. Esta doctrina igualmente se ha elaborado por la jurisprudencia constitucional con fundamento en el libre desarrollo de la personalidad y el derecho a una vida digna.

Dentro de las características de este tipo de consentimiento se encuentran: *a)* debe ser prestado de manera libre e inequívoca por el paciente, quien debe tener la capacidad de entender las circunstancias que rodean su enfermedad (es importante advertir que este punto puede admitir ciertas dificultades en la práctica), y *b)* el receptor de dicho consentimiento únicamente puede ser un profesional acreditado en medicina, quien deberá explicar al paciente de manera pormenorizada las implicaciones y riesgos de la enfermedad, así como las alternativas de curación y efectos. En este aspecto, la jurisprudencia constitucional en reiteradas oportunidades ha hecho prevalecer en algunos casos la voluntad del paciente sobre la del profesional cuando entran en contradicciones de orden médico,¹¹¹ lo que nos deja entrever que en esta materia siempre ha sido objeto de protección la voluntad y decisión del paciente.¹¹²

Sumando los anteriores criterios, la sentencia reconoce que el homicidio por piedad es constitucional, tal como se mencionó antes, y que por lo tanto cualquier persona que despoje de su vida a otro ser en condición de enfermedad grave e incurable será considerada responsable frente al ordenamiento, salvo o excepto, y aquí es donde la Corte entra a crear, que exista el consentimiento libre del sujeto pasivo, y que el receptor de la voluntad y ejecutor de la muerte sea exclusivamente un médico.

¹¹¹ En otra jurisprudencia la corte sostuvo: "El peticionario esta capacitado para decidir la suerte de su propio cuerpo y para asumir las consecuencias que su decisión acarree en su estado de salud". Corte Constitucional, sentencia de tutela T-401 de 1994, magistrado ponente: Eduardo Cifuentes Muñoz, Santa Fe de Bogotá, 12 de septiembre de 1994.

¹¹² Con fundamento en el consentimiento informado se ha desarrollado otro criterio de más dudosa aceptación, como es el llamado consentimiento informado cualificado y que se aplica para la autorización de operaciones y tratamientos por parte de los padres respecto a menores de cinco años con problemas de hermafroditismo o transexualidad. Sobre el tema puede revisarse la sentencia de unificación de tutela SU 337 de 1999, magistrado ponente: Alejandro Martínez Caballero, Santa Fe de Bogotá, 12 de mayo de 1999.

En los términos de la sentencia se sostuvo: "Resuelve: Primero: Declarar *exequible* (constitucional) el artículo 326 del Decreto 100 de 1980 (Código Penal)", con la advertencia de que en el caso de los enfermos terminales en que concurra la VOLUNTAD libre de sujeto pasivo del acto, no podrá derivarse responsabilidad para el médico autor, pues la conducta está justificada.¹¹³

En materia penal la Corte creó una causal de justificación en el homicidio por piedad que abre la posibilidad de la eutanasia activa voluntaria; e incluso dos de los magistrados que votaron a favor por la sentencia, manifestaron que la declaración de inconstitucionalidad debió extenderse al delito denominado *inducción o ayuda al suicidio*.¹¹⁴

Como puede inferirse de la decisión adoptada, es claro que la tipología de la sentencia corresponde a las denominadas decisiones manipulativas¹¹⁵ o, en derecho colombiano, también llamadas integradoras del ordenamiento jurídico, en el sentido de que el fallo le imprime un significado propio al precepto legal diferente del inicialmente planteado por el legislador. Y aunque este tipo de decisiones son ampliamente reconocidas por los Estados con sistemas de jurisdicción constitucional, sí es importante realizar algunas precisiones sobre el texto mismo de la sentencia que surgen como consecuencia de los tres salvamentos de voto que tuvo la decisión.¹¹⁶

¹¹³ Ibid.

¹¹⁴ Lo dicho se explica en virtud del principio de unidad normativa, consagrado en el régimen procedimental de la Corte Constitucional, y que faculta a esta última para extender la declaración de inconstitucionalidad a otras normas no demandadas habida cuenta su estrecha conexidad. Lo que se busca con esta figura es evitar que se haga nugatoria la declaración de inconstitucionalidad sobre determinada disposición cuando existe otra que reproduce su contenido. No sobra agregar que esta práctica no pocas veces usada por la Corte Constitucional ha generado cierta controversia doctrinal, si se tiene en cuenta que la acción de inconstitucionalidad en Colombia es pública, por lo tanto es cuestionable abrogarle esta competencia unilateral al juez constitucional.

¹¹⁵ Sobre el tema puede consultarse: Solano, Edgar, *Las sentencias manipulativas y el respeto a la democracia en Colombia*, Santa Fe de Bogotá, Ed. Universidad Externado de Colombia, 1ª ed. diciembre de 2000, p. 78.

¹¹⁶ La Sentencia C-239 de 1997 tuvo tres salvamentos de voto correspondientes a los magistrados: José Gregorio Hernández Galindo, Vladimiro Naranjo Mesa y Hernando Herrera Vergara, y dos aclaraciones de voto: una especial del magistrado Eduardo Cifuentes Muñoz y otra conjunta por los magistrados Jorge Arango Mejía y Carlos Gaviria Díaz (este último ponente del fallo).

De manera general, los tres salvamentos se apartan del fallo, arguyendo que la sentencia crea una nueva disposición legal sobre la eutanasia activa, que es un tema de exclusivo resorte del legislador, y que aun cuando se reconocen diversas modalidades en las sentencias de constitucionalidad, la Corte Constitucional se extralimitó en su función.

De otra parte, sostienen en sus escritos que el presente fallo relativizó el derecho a la vida que pasó de ser un derecho inviolable y fundamental a un derecho de carácter renunciable y disponible, circunstancia que desdibuja su naturaleza de carácter fundamental. De igual manera, se denuncia que el derecho al libre desarrollo de la personalidad no puede entenderse de carácter absoluto.

Finalmente, para concluir, esta sentencia constituye un histórico e importante avance en materia de derechos fundamentales en el ordenamiento constitucional colombiano, ya que sienta las bases para la aplicación de la eutanasia activa consentida, asimismo abre la discusión para que en un debate político, propio del órgano legislativo, se establezcan las regulaciones especiales en la materia, que a su vez abrirán paso a reglamentar temas como la eutanasia pasiva, distanasia, medicina paliativa y en general, los temas relativos a la llamada "muerte digna" que, desafortunadamente, hasta la fecha se encuentran sin una respuesta del ordenamiento jurídico.

Tan cierta es la afirmación anterior, que en julio de 2000 se discutió y aprobó como ley de la república un nuevo Código Penal, el que entró en vigor desde julio de 2001, y que en su cuerpo reproduce de manera casi textual las disposiciones vigentes sobre el homicidio por piedad mencionado y la inducción o ayuda al suicidio.¹¹⁷

¹¹⁷ Nos referimos a los artículos 106 y 107 del Código Penal colombiano y a la Ley 599 de 2000 (24 de julio) que consagran: "Artículo 106. *Homicidio por piedad*. El que matare a otro por piedad, para poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, incurrirá en prisión de uno (1) a tres (3) años", y "Artículo 107. *Inducción o ayuda al suicidio*. El que eficazmente induzca a otro al suicidio, o le preste una ayuda efectiva para su realización, incurrirá en prisión de

Esta circunstancia dará seguramente lugar a controvertir los efectos de la decisión de la Corte, aun cuando es clara la previsión de la Constitución en establecer que las decisiones de la jurisdicción constitucional gozan de cosa juzgada constitucional y por lo tanto, la vinculatoriedad de las mismas frente al sistema jurídico. Máxime si el propio artículo 243 constitucional establece:

Los fallos que dicte la Corte en ejercicio del control jurisdiccional hacen tránsito a cosa juzgada constitucional.

Ninguna autoridad podrá reproducir el contenido material del acto jurídico declarado inexecutable por razones de fondo, mientras subsistan en la Carta las disposiciones que sirvieron para hacer la confrontación entre la norma ordinaria y la Constitución.¹¹⁸

III.2 LEGISLACIÓN MEXICANA.

En nuestra legislación penal mexicana existen algunos tipos que se relacionan con la figura del estudio llamada eutanasia, tales como: el homicidio a petición con móviles humanitarios (artículo 127), la ayuda al suicidio y el homicidio consentido (artículo 142).

III.2.1 NUEVO CÓDIGO PENAL PARA EL DISTRITO FEDERAL.

En México, la Eutanasia carece de regulación específica en nuestro sistema legal, sin embargo los supuestos de la Eutanasia activa y pasiva voluntaria¹¹⁹ son abarcados, en principio, por el **artículo 127** del Nuevo Código Penal para el

dos (2) a seis (6) años. Cuando la inducción o ayuda esté dirigida a poner fin a intensos sufrimientos provenientes de lesión corporal o enfermedad grave e incurable, se incurrirá en prisión de uno (1) a dos (2) años".

¹¹⁸ *Constitución Política de Colombia, cit.*, nota 2, p. 94. Sobre el particular pueden consultarse las siguientes sentencias: Corte Constitucional: C-416/92, C-588/92, T-597/92, C-2/93, C-4/93, C-42/93, C-42/93 (S. V), C-97/-93, C-103/93, C-113/93, C-125/93, C-165/93, C-170/93, C-194/93, C-205/93, C-295/93, C-312/93, C-466/93, C-685/96, C-542/97.

¹¹⁹ Eutanasia activa voluntaria es la finalización de la vida por medio de una acción encaminada a procurar la muerte (como sería la administración de una droga).

Eutanasia pasiva voluntaria es la que provoca la muerte como efecto de la omisión o suspensión de acciones médicas que permitirían preservar la vida.

En ambos casos es voluntaria, cuando se realiza a petición del paciente o con su consentimiento informado, expreso y consciente.

Distrito Federal, en el Libro Segundo. Parte Especial. Título Primero. Delitos contra la vida e integridad corporal. Capítulo I Homicidio.¹²⁰

Dicho precepto establece:

“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”.

Asimismo, el primer párrafo del **artículo 142** de la citada legislación, Capítulo IV Ayuda o Inducción al Suicidio señala:

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

Es claro que los artículos anteriormente citados, uno se refiere al homicidio a petición con móviles humanitarios y el otro a la ayuda al suicidio y al homicidio consentido; de lo que se puede colegir que en ambos tipos se expresa la voluntad del pasivo para que sea privado de la vida, en cambio, en la eutanasia no voluntaria, no puede expresarse el deseo del pasivo de que se le prive o no de la vida, ya que no tiene la capacidad para tomar decisiones relativas a su salud, como es el caso de personas que se encuentran en permanente estado de inconsciencia, coma permanente e irreversible.¹²¹

¹²⁰ Nuevo Código Penal para el Distrito Federal. Editorial Sista. México, 2005. pp. 51 y 55.

¹²¹ Coma, estado patológico caracterizado por la falta de respuesta a estímulos externos. En el coma profundo no existe respuesta a estímulos dolorosos; si se profundiza aún más puede cesar la respiración espontánea y ser necesaria la respiración artificial. El coma puede durar horas, días, meses o, raramente años. A partir del primer mes, el coma suele ser parcial o irreversible y evoluciona hacia un estado vegetativo persistente. Al enfermo comatoso profundo sin actividad electroencefalográfica demostrable en el cerebro (es decir, ni siquiera presenta actividad en los centros respiratorios o cardíacos, y por tanto, se le mantiene con respiración artificial), se le considera en situación de *muerte cerebral*. *Enciclopedia Microsoft Encarta 2000*.

III.2.2 LEY GENERAL DE SALUD.

La Ley General de Salud señala ciertos requisitos para que se pueda definir si una persona tiene o no vida, tal y como a continuación se señala.

La Ley General de Salud en el Título Decimocuarto. Donación, Transplantes y Pérdida de la Vida. Capítulo IV Pérdida de la vida, contempla en sus **artículos 343 al 345** lo siguiente:

ARTICULO 343. “Para efectos de este Título, la pérdida de la vida ocurre cuando:

I. Se presente la muerte cerebral, o

II. Se presenten los siguientes signos de muerte:

a. La ausencia completa y permanente de conciencia;

b. La ausencia permanente de respiración espontánea;

c. La ausencia de los reflejos del tallo cerebral, y

*d. El paro cardiaco irreversible”.*¹²²

ARTICULO 344. “La muerte cerebral se presenta cuando existen los siguientes signos:

I. Pérdida permanente e irreversible de conciencia y de respuesta a estímulos sensoriales;

II. Ausencia de automatismo respiratorio, y

¹²² Ley General de Salud, op. cit., “Art. 343”

III. Evidencia de daño irreversible del tallo cerebral, manifestado por arreflexia pupilar, ausencia de movimientos oculares en pruebas vestibulares y ausencia de respuesta a estímulos nociceptivos.¹²³

Se deberá descartar que dichos signos sean producto de intoxicación aguda por narcóticos, sedantes, barbitúricos o sustancias neurotrópicas.

Los signos señalados en las fracciones anteriores deberán corroborarse por cualquiera de las siguientes pruebas:

I. Angiografía cerebral bilateral que demuestre ausencia de circulación cerebral,¹²⁴ o

II. Electroencefalograma que demuestre ausencia total de actividad eléctrica cerebral en dos ocasiones diferentes con espacio de cinco horas”.¹²⁵

ARTICULO 345. “No existirá impedimento alguno para que a solicitud o autorización de las siguientes personas: el o la cónyuge, el concubinario, la concubina, los descendientes, los ascendientes, los hermanos, el adoptado o el adoptante; conforme al orden expresado; se prescinda de los medios artificiales que evitan que en aquel que presenta muerte cerebral comprobada se manifiesten los demás signos de muerte a que se refiere la fracción II del artículo 343”.¹²⁶

Por lo anterior, podemos decir que la Ley General de Salud señala que la pérdida de la vida se verifica con la muerte cerebral (artículo 343), entonces, aunque el sujeto haya manifestado previamente su deseo de morir, no estaríamos ante un supuesto de eutanasia dado que el sujeto ya está muerto.

¹²³ El término nociceptivo (nociceptor) comprende tanto la terminación nerviosa como la neurona receptora de estímulos dolorosos o nocivos (perjudiciales o desfavorables).

¹²⁴ Angiografía con radioisótopos para establecer, de modo evidente, la ausencia de circulación intracraneal.

¹²⁵ Ley General de Salud, op. cit., “Art. 344”

¹²⁶ Ibid., “Art. 345”

III.3 PERSPECTIVA DESDE EL PUNTO DE VISTA PENAL.

III.3.1 CAUSAS EXCLUYENTES DEL DELITO.

Las causas de justificación son aquellas condiciones que tienen el poder de excluir la antijuridicidad¹²⁷ de una conducta típica. Representan un aspecto negativo del delito; en presencia de alguna de ellas falta uno de los elementos esenciales del delito, a saber: la antijuridicidad. En tales condiciones la acción realizada, a pesar de su apariencia, resulta conforme a Derecho.

Juan del Rosal define a las causas de justificación como: “todas aquellas situaciones en las cuales las acciones típicas realizadas son jurídicas”, o sea, se podrá realizar una acción típica, pero al existir una causa de justificación no podrá ser valorada como antijurídica.¹²⁸

Eduardo López Betancourt señala que las causas de justificación son: “aquellas en las que una conducta normalmente prohibida por la ley penal, no constituirá delito por la existencia de una norma que la autoriza o la impone.”¹²⁹

A las causas de justificación también se denominan causas de exclusión del delito.

Las causas de justificación se encuentran fundamentadas en el artículo 29 del Nuevo Código Penal para el Distrito Federal, en el Libro Primero. Disposiciones Generales. Título Segundo. El Delito. Capítulo V Causas de Exclusión del delito.¹³⁰

¹²⁷ Según Cuello Calón, la antijuridicidad presupone un juicio, una estimación de la oposición existente entre el hecho realizado y una norma jurídico-penal. Tal juicio es de carácter objetivo, por sólo recaer sobre la acción ejecutada.

¹²⁸ Plascencia Villanueva, Raúl. Teoría del delito, UNAM, México, 2004. p. 139.

¹²⁹ López Betancourt, Eduardo. Teoría del delito, Editorial Porrúa, México, 2006. p. 154.

¹³⁰ Nuevo Código Penal para el Distrito Federal, op. cit., pp. 12-14.

Artículo 29 (Causas de Exclusión). “El delito se excluye cuando:

I. (Ausencia de conducta). La actividad o la inactividad se realice sin intervención de la voluntad del agente;

II. (Atipicidad). Falte alguno de los elementos que integran la descripción legal del delito de que se trate;

III. (Consentimiento del titular). Se actúe con el consentimiento del titular del bien jurídico afectado, o del legitimado legalmente para otorgarlo, siempre y cuando se cumplan los siguientes requisitos:

a) Que se trate de un bien jurídico disponible;

b) Que el titular del bien jurídico, o quien este legitimado para consentir, tenga la capacidad jurídica para disponer libremente del bien; y

c) Que el consentimiento sea expreso o tácito y no medie algún vicio del consentimiento.

Se presume que hay consentimiento, cuando el hecho se realiza en circunstancias tales que permitan suponer fundadamente que, de haberse consultado al titular del bien o a quien este legitimado para consentir, estos hubiesen otorgado el consentimiento.

IV. (Legítima defensa). Se repela una agresión real, actual o inminente y sin derecho, en defensa de bienes jurídicos propios o ajenos, siempre que exista necesidad de la defensa empleada y no medie provocación dolosa suficiente e inmediata por parte del agredido o de su defensor.

Se presume que existe legítima defensa, salvo prueba en contrario, cuando se cause un daño a quien por cualquier medio trate de penetrar o penetre, sin derecho, al lugar en

que habite de forma temporal o permanente el que se defiende, al de su familia o al de cualquier persona respecto de las que el agente tenga la obligación de defender, a sus dependencias o al sitio donde se encuentren bienes propios o ajenos respecto de los que exista la misma obligación. Igual presunción existirá cuando el daño se cause a un intruso al momento de sorprenderlo en alguno de los lugares antes citados en circunstancias tales que revelen la posibilidad de una agresión.

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

VI. (Cumplimiento de un deber o ejercicio de un derecho). La acción o la omisión se realicen en cumplimiento de un deber jurídico o en ejercicio de un derecho, siempre que exista necesidad racional de la conducta empleada para cumplirlo o ejercerlo;

VII. (Inimputabilidad y acción libre en su causa). Al momento de realizar el hecho típico, el agente no tenga la capacidad de comprender el carácter ilícito de aquel o de conducirse de acuerdo con esa comprensión, en virtud de padecer trastorno mental o desarrollo intelectual retardado, a no ser que el sujeto hubiese provocado su trastorno mental para en ese estado cometer el hecho, en cuyo caso responderá por el resultado típico producido en tal situación.

Cuando la capacidad a que se refiere el párrafo anterior se encuentre considerablemente disminuida, se estará a lo dispuesto en el artículo 65 de este Código.

VIII. (Error de tipo y error de prohibición). Se realice la acción o la omisión bajo un error invencible, respecto de:

a) Alguno de los elementos objetivos que integran la descripción legal del delito de que se trate; o

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

Si los errores a que se refieren los incisos anteriores son vencibles, se estará a lo dispuesto en el artículo 83 de este Código.

IX. (Inexigibilidad de otra conducta). En atención a las circunstancias que concurren en la realización de una conducta ilícita, no sea racionalmente exigible al sujeto una conducta diversa a la que realizó, en virtud de no haberse podido conducir conforme a derecho.

Las causas de exclusión del delito se resolverán de oficio, en cualquier estado del proceso.

Si en los casos de las fracciones IV, V y VI de este artículo el sujeto se excediere, se estará a lo previsto en el artículo 83 de este Código”.

Las fracciones IV, V, y VI se refieren respectivamente a (IV) la Legítima defensa; (V) Estado de necesidad y (VI) al Cumplimiento de un deber o ejercicio de un derecho. A su vez, **el artículo 83** señala en su tercer párrafo:

“Al que incurra en exceso, en los casos previstos en las fracciones IV, V y VI del artículo 29 de este código, se le impondrá la cuarta parte de las penas o medidas de seguridad, correspondientes al delito de que se trate, siempre y cuando con relación al exceso, no exista otra causa de exclusión del delito”.

III.3.2 CONSENTIMIENTO DEL SUJETO PASIVO EN LA EUTANASIA.

Como ya se mencionó en el apartado anterior, el Nuevo Código Penal para el Distrito Federal contempla en la fracción III del artículo 29, el consentimiento del

titular del bien jurídico afectado como causa excluyente del delito, siempre que se cumplan los siguientes requisitos:

a) Que se trate de un bien jurídico disponible;

b) Que el titular del bien jurídico, o quien este legitimado para consentir, tenga la capacidad jurídica para disponer libremente del bien; y

c) Que el consentimiento sea expreso o tácito y no medie algún vicio del consentimiento.

Se presume que hay consentimiento, cuando el hecho se realiza en circunstancias tales que permitan suponer fundadamente que, de haberse consultado al titular del bien o a quien este legitimado para consentir, estos hubiesen otorgado el consentimiento.

Al efecto, la doctrina cuestiona las implicaciones del consentimiento que el sujeto pasivo otorgue ante una conducta que, en la generalidad de los casos, sería delictiva y atentaría contra un bien jurídico del que el ofendido o la sociedad son titulares. Es claro que quien ofende el derecho del que así lo quiere no puede equipararse al que viola el derecho de quien así no lo quiere.

En un claro reconocimiento de los criterios para distinguir la disponibilidad de los bienes jurídicos, la Suprema Corte de Justicia de la Nación ha resuelto en torno al consentimiento la siguiente jurisprudencia:

CONSENTIMIENTO DEL OFENDIDO.

Es sabido que el consentimiento del titular del bien jurídico lesionado a virtud del proceso delictivo, siendo anterior o coetáneo a la acción, destruye la antijuridicidad o el tipo; es decir, si el pasivo de una conducta delictiva presta su

consentimiento para que se realice ésta, no resulta afectado el bien jurídico que se tutela, siempre que el consentimiento recaiga sobre bienes jurídicos disponibles. El consentimiento destruye el tipo, esto es, impide que éste se integre, cuando en la descripción legal se consagra como elemento constitutivo del delito la ausencia del consentimiento por parte del titular. Ejemplo de esto último es el robo, y de lo primero el daño en propiedad ajena, en el cual se tutela el patrimonio de las personas, que es un bien jurídico disponible. En el caso, estando demostrado el consentimiento para que la destrucción de unos cuartos se llevara a cabo, no puede sostenerse que la conducta realizada por los quejosos sea antijurídica; no hay delito sin antijuridicidad y no puede imponerse pena cuando la conducta realizada no es antijurídica.

Amparo penal directo 4699/52.-Scolari Llaguno Humberto y coag.- 22 de noviembre de 1954.-Unanimidad de cuatro votos.-Ausente: Rafael Matos Escobedo.- La publicación no menciona el nombre del ponente.¹³¹

III.3.2.1 NATURALEZA JURÍDICA DEL CONSENTIMIENTO DEL SUJETO PASIVO.

El consentimiento del ofendido, en palabras de Muñoz Conde,¹³² puede desplegar sus efectos por una triple vía:

- a) como causa de exclusión de la tipicidad del hecho
- b) como causa específica de atenuación de la pena, y
- c) como causa de justificación.

¹³¹ Semanario Judicial de la Federación, Quinta Época, Tomo CXXII, página 1348, Sala Auxiliar.

¹³² Muñoz Conde, Francisco y García Aran, Mercedes, Derecho penal. Parte general, 2a. ed., Valencia, Editorial Tirant lo Blanch, 1996, p. 421.

1. Causa de atipicidad.

La mayoría de los tipos penales presuponen la ausencia de consentimiento del titular del bien jurídico individual o, en su caso, de la persona sobre la que recae la acción, ya que, en caso de mediar consentimiento, el hecho se considera atípico.

Los tipos penales protectores de bienes jurídicos disponibles aluden, en forma directa o indirecta, a la ausencia de consentimiento, o bien lo dan por supuesto. Al no poderse lesionar el bien jurídico por parte del sujeto activo, en estos casos, el consentimiento pasa a ser una causa de atipicidad de la conducta.

2. Causa de justificación.

El consentimiento justificante representa una renuncia a la protección del derecho. Por lo mismo, su alcance se limita a aquellos casos en que el ordenamiento jurídico le conceda a la persona protegida la posibilidad de emplear su derecho de autodeterminación.¹³³ Por consiguiente, su alcance efectivo se limita a los casos en que el ordenamiento jurídico le conceda a la persona protegida la posibilidad de emplear su derecho de autodeterminación, renunciando a sus bienes.¹³⁴

3. Causa de atenuación de la pena.

Los efectos que se han mencionado en los dos puntos anteriores no podrán ser los mismos en los casos en que los tipos penales tutelén bienes jurídicos indisponibles. En estos supuestos, lo más que podrá hacer el consentimiento del ofendido será: a) tipificar la conducta en un tipo especial que tenga fijada una pena

¹³³ Wessels, Johannes, Derecho penal. Parte general, trad. de la 6a. ed. alemana, Buenos Aires, Depalma, 1980, p. 101.

¹³⁴ Ibid. p. 101.

menor a la del tipo genérico, o *b*) influir en el juzgador para que, en caso de condenar al ofensor, le imponga, dentro del rango que el tipo permita, una pena media o mínima.

Todo esto sucederá cuando el consentimiento se otorgue con relación a bienes jurídicos cuyo titular sea la colectividad, sin importar que la conducta se oriente sobre un sujeto en específico. De conformidad con lo anterior, el artículo 72 del Nuevo Código Penal para el Distrito Federal dispone que el Juez, al dictar sentencia condenatoria, determinará la pena y medida de seguridad establecida para cada delito y las individualizará dentro de los límites señalados, con base en la gravedad del ilícito y el grado de culpabilidad del agente, tomando en cuenta, entre otros aspectos, los motivos que lo determinaron a delinquir y todas las condiciones especiales y personales en que se encontraba el agente al momento de la comisión del ilícito.¹³⁵

III.3.2.2 BIEN JURÍDICO PROTEGIDO.

El Nuevo Código Penal para el Distrito Federal (artículo 29, fracción III, inciso a) establece la necesidad de que el consentimiento, para que surta sus efectos, debe hacerse respecto de bienes jurídicos disponibles.¹³⁶

Villalobos indica que sólo cuando el interés social consiste en amparar un interés privado del que puede disponer su beneficiario, y por tanto cuando ambos intereses coinciden íntegramente de manera que desaparecido el interés individual desaparezca también el interés social, será que el consentimiento podrá surtir sus efectos como causa excluyente de delito.¹³⁷

¹³⁵ Nuevo Código Penal para el Distrito Federal, op. cit., p. 32.

¹³⁶ Ibid. p. 12.

¹³⁷ Villalobos, Ignacio, *Derecho penal mexicano. Parte general*, 2a. ed., México, Porrúa, 1960, p. 340.

Maggiore dice que son derechos no disponibles: a) los derechos típicamente públicos, o sea, los pertenecientes al Estado o a las entidades públicas en ejercicio de alguna actividad pública, salvo cuando la disponibilidad resulta de alguna expresa disposición legal; b) los derechos mediatamente públicos, en cuanto se refieren a bienes e intereses de naturaleza colectiva o social, tales como los derechos de familia y los que se refieren a la integridad y salud de la estirpe, a la fe pública, al sentimiento religioso o al respeto a los difuntos, y c) los derechos personalismos, impropriamente llamados derechos sobre la propia persona.¹³⁸

Por lo anterior, el consentimiento solamente puede ser otorgado con relación a bienes jurídicos individuales, es decir, aquellos sobre los cuáles cada quien pueda adoptar sus decisiones sin que éstas afecten a la sociedad, al bien común o al interés público. La gran mayoría de la doctrina, fundándose en lo anterior, establece su negativa a permitir el consentimiento válido en los casos que involucren la vida.

Finalmente, es de suma importancia señalar que el Nuevo Código Penal para el Distrito Federal, establece que el consentimiento del sujeto pasivo en el homicidio a petición con móviles humanitarios despliega sus efectos como causa específica de atenuación de la pena.¹³⁹

“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”.

Asimismo, el artículo 142 del citado ordenamiento establece una atenuación de la pena para los casos de ayuda al suicidio y homicidio consentido:

¹³⁸ Maggiore, Giuseppe, *Derecho penal*, 2 ts., trad. de la 5a. ed. italiana, Bogotá, Temis, 1954, pp. 439 y 440.

¹³⁹ Cabe señalar que autores como el doctor Enrique Díaz Aranda (*Del suicidio a la eutanasia*, op. cit., p. 282) sostienen que el homicidio consentido por una persona cuya situación física le imposibilita permanentemente para ejecutar su propia muerte, es atípico.

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

De dichos preceptos tenemos que el ordenamiento penal mexicano no contempla el consentimiento del ofendido como causa de atipicidad o de justificación del homicidio, sino como causa de atenuación de la pena.

III.3.3 LA PENA.

Desde los tiempos más remotos de nuestra historia, las sociedades, independientemente de la cultura de que se trate, han establecido un sistema de penas. Algunas con carácter de públicas y otras con el carácter de privadas; establecidas para lograr una venganza privada o bien para lograr una armónica convivencia de la sociedad. Así, en la mitología griega se habla de la pena sufrida por Prometeo al haber engañado a Zeus,¹⁴⁰ o bien en la Sagrada Biblia se habla al igual, de la pena sufrida por Adán y Eva, por haber desobedecido al Creador. A Eva, la pena implicó “multiplicaré tus dolores y tus preñeces; con dolor darás hijos a luz; te sentirás atraída por tu marido, pero el te dominará”.¹⁴¹ A Adán, por haber escuchado la voz de tu mujer y comido del árbol del que Yo te había prohibido comer, será maldita la tierra por tu causa, con doloso trabajo te alimentarás de ella todos los días de tu vida, te producirá espinas y abrojos, y comerás de las hierbas del campo. Con el sudor de tu rostro comerás el pan,

¹⁴⁰ El relato mitológico surge en Mekone, lugar en el cual los dioses y los hombres se separaron. Entre ellos tuvo lugar una lucha que debía decidir si los hombres, como parecían serlo hasta ese momento, eran todavía verdaderamente semejantes a los dioses. Prometeo quiso hacer trampa, lo que era absolutamente imposible ante Zeus; Prometeo llenó el vientre del animal con la carne hachada y las tripas pingües. Por otra parte, envolvió con astucia los huesos en la grasa resplandeciente. Entonces, Zeus le dice: “Hijo de Japeto, oh, tú que estás por encima de todos los soberanos, que diferentes has hecho las partes.” A lo que Prometeo responde: “Zeus, el más glorioso y grande entre los dioses eternos, elige la parte que más te agrade.” De las dos manos eligió la parte blanca, luciente de grasa; encolerizándose al descubrir los huesos ocultos disimuladamente, dijo: “Hijo de Japeto, tú que eres el más sabio, ¡tú me quisiste engañar!” Zeus jamás olvidó el engaño. Como consecuencia del engaño de Prometeo, Zeus condena al hombre a comenzar su evolución por el nivel más bajo, sin el fuego. Véase Kerényi, Karl, *La pena de Prometeo*, Caracas, Monte Ávila, 1970, pp. 98 y ss.

¹⁴¹ La Sagrada Biblia, *Génesis*, Chicago, Barga, 1969, 3:16-19.

hasta que vuelvas a la tierra; pues de ella fuiste tomado. Polvo eres y al polvo volverás.¹⁴²

De las dos referencias mencionadas, puede apreciarse cómo la humanidad por siempre ha hablado de penas, quizá en ocasiones considerándolas divinas, tal es el caso de Prometeo, en la mitología griega y de Adán en el pasaje bíblico, o bien como mecanismo de venganza privada, como lo es la Ley del Talión.

Las ideas anteriores nos hacen pensar en la imposibilidad de la existencia de una sociedad sin la presencia de un orden coactivo limitador de la actividad de los particulares.

Sin embargo, la pena tal y como la entendemos en la actualidad, guarda una gran diferencia de la pena como se entendía en los orígenes de la humanidad. Con lo cual, podemos deducir que las penas y el hombre en sociedad han evolucionado con el transcurso del tiempo.

III.3.3.1 CONCEPTOS.

La palabra “pena” procede del latín poena, su significado esta plenamente identificado con la idea de castigo y sufrimiento. Esta idea surge a partir de la evolución de la humanidad, pues tal y como lo mencionamos anteriormente, la idea del castigo ha estado presente desde los orígenes de nuestra civilización, atribuyéndosele a dioses, o bien, a entes supremos, la facultad de imponer penas a los hombres.

La doctrina penal le ha dado distintos tratamientos al concepto de pena. Carrara conceptúa a la pena como “un mal que la autoridad pública le inflinge al culpable por causa de su delito”,¹⁴³ en el mismo sentido utilizan dicho término

¹⁴² La Sagrada Biblia, op. cit., pp.16-19.

Antón Oneca,¹⁴⁴ Welzel¹⁴⁵ y Soler.¹⁴⁶

Por otra parte, el penalista mexicano García Ramírez argumenta, “la pena siempre es retribución o correspondencia: reparación ideal del orden quebrantado por el delito”.¹⁴⁷

Por otro lado, para Cuello Calón “la pena es la privación o restricción de bienes jurídicos impuesta conforme a la ley, por los órganos jurisdiccionales competentes al culpable de una infracción penal”¹⁴⁸

Para Carrancá y Trujillo, dentro de la dogmática penal mexicana, la pena es “la legítima consecuencia de la punibilidad como elemento del delito e impuesta por el poder del Estado al delincuente”.¹⁴⁹

Por su parte, Olga Islas de González Mariscal propone la distinción entre los términos pena, punición y punibilidad, siendo la pena “la real privación o restricción de bienes del autor del delito, que lleva a cabo el órgano Ejecutivo para la prevención especial, determinada en su máximo por la culpabilidad y en su mínimo por la repersonalización”,¹⁵⁰ en tanto la punición es “la fijación de la particular y concreta privación o restricción de bienes del autor del delito,

¹⁴³ Carrara Francesco, Programa del curso de derecho criminal, trad. de Sebastián Soler de la 11ª edición italiana, Buenos Aires, Ed. Depalma, 1944, 1ª ed., t. II, pp. 33 y ss.

¹⁴⁴ Antón Oneca, José y Rodríguez Muñoz, J. I., Derecho Penal. Parte general, Madrid, Ed. Gráfica Administrativa, 1ª ed. 1949. vol. I. p. 477.

¹⁴⁵ Welzel, Hans, Derecho penal alemán, 11 ed., trad. Juan Bustos Ramírez y Sergio Yáñez Pérez, Chile, Editorial Jurídica de Chile, 1976, p. 326.

¹⁴⁶ Soler, Sebastián, Derecho penal argentino, Buenos Aires, Editorial Tipográfica Argentina, 1ª ed. 1956, t. II, p. 399.

¹⁴⁷ García Ramírez, Sergio, “Derecho Penal” El derecho en México una visión de conjunto, México, Ed. UNAM, 1ª ed. 1991, pp. 355 y ss.

¹⁴⁸ Cuello Calón, Eugenio, La moderna penología, Barcelona, Bosch, 1974, p. 16.

¹⁴⁹ Carrancá y Trujillo, Raúl y Carrancá y Rivas, Raúl, Derecho penal mexicano, parte general, 16ª ed., México, Porrúa, 1991, pp. 711 y ss.

¹⁵⁰ Islas de González Mariscal, Olga, Análisis lógico de los delitos contra la vida y la integridad corporal, 2ª ed., México, Trillas, 1985, pp. 22-24.

realizada por el juez para reafirmar la prevención general y determinada cuantitativamente por la magnitud de la culpabilidad”.¹⁵¹

Finalmente, Islas entiende por punibilidad “la conminación de privación o restricción de bienes del autor del delito, formulada por el legislador para la prevención general, y determinada cualitativamente por la clase del bien tutelado y cuantitativamente por la magnitud del bien y del ataque a éste”,¹⁵² de donde deriva la posibilidad de aplicar tres tipos de magnitudes de la punibilidad, una para los tipos dolosos de consumación, otra para los culposos de consumación y finalmente para los de tentativa.

Por nuestra parte, la pena es “el castigo jurídicamente impuesto por los órganos del Poder Judicial al delinciente”.

El artículo 30 del Nuevo Código Penal para el Distrito Federal¹⁵³ establece:

“Las penas que se pueden imponer por los delitos son:

I Prisión

II Tratamiento de libertad de imputables;

III Semilibertad

IV Trabajo en beneficio de la víctima del delito o a favor de la comunidad;

V Sanciones pecuniarias;

VI Decomiso de los instrumentos, objetos y productos del delito;

VII Suspensión o privación de derechos; y

VIII Destitución e inhabilitación de cargos, comisiones o empleos públicos”.

¹⁵¹ Islas de González Mariscal, Olga, op. cit., pp. 22-24.

¹⁵² Ibid.

¹⁵³ Nuevo Código Penal para el Distrito Federal, op. cit., p. 15.

Para el caso que nos ocupa, es decir, el homicidio a petición con móviles humanitarios, ayuda al suicidio y el homicidio consentido, la pena aplicable para dichos delitos será de dos a cinco años, de uno a cinco años y de cuatro a diez años de prisión, respectivamente.

III.3.4 PUNIBILIDAD.

La punibilidad consiste en el merecimiento de una pena en función de la realización de cierta conducta. Un comportamiento es punible cuando se hace acreedor a la pena; tal merecimiento acarrea la conminación legal de aplicación de esa sanción.

En resumen, punibilidad es: a) Merecimiento de penas; b) Conminación estatal de imposición de sanciones si se llenan los presupuestos legales; y, c) Aplicación fáctica de las penas señaladas en la ley.

Pavón Vasconcelos afirma que la punibilidad es “la amenaza de pena, que el Estado asocia a la violación de los deberes consignados en las normas jurídicas, dictadas para garantizar la permanencia del orden social”.¹⁵⁴

Bettiol define a la punibilidad como “el tratamiento de una consecuencia jurídica del delito”,¹⁵⁵ mientras que Jiménez de Asúa precisa que es “el carácter específico del crimen”,¹⁵⁶ pues sólo es delito el hecho humano que al describirse en la ley recibe una pena.

En la doctrina aún se discute si la punibilidad posee o no el rango de elemento esencial del delito, situación que no es tema de nuestra investigación. Sin

¹⁵⁴ Pavón Vasconcelos, Francisco, Manual de Derecho Penal Mexicano. Parte General, 2ª ed., Ed. Porrúa, S.A., México, 1967, p. 395.

¹⁵⁵ Bettiol, Diritto Penale. Parte General, Palermo, 1945, p. 139.

¹⁵⁶ Jiménez de Asúa, Luis, Principios de Derecho Penal. La Ley y el Delito, 3ª ed., Ed. Sudamericana, Buenos Aires, 1990, p. 426.

embargo, nosotros opinamos al respecto que la punibilidad si es un elemento esencial del delito.

El artículo 1 del Nuevo Código Penal para el Distrito Federal establece el Principio de legalidad:

*“A nadie se le impondrá pena o medida de seguridad, sino por la realización de una acción u omisión expresamente prevista como delito en una ley vigente al tiempo de su realización, siempre y cuando concurren los presupuestos que para cada una de ellas señale la ley y la pena o la medida de seguridad se encuentren igualmente establecidas en ésta”.*¹⁵⁷

Asimismo, nuestra Constitución Política alude al Principio de legalidad:

*“Queda prohibido imponer pena alguna que no esté decretada por una ley exactamente aplicable al delito de que se trata”.*¹⁵⁸

De este principio se deriva, el que una conducta humana sólo pueda castigarse cuando está prevista por un precepto que describa completa, clara y precisa y adecuadamente la acción prohibida o exigida mediante la conminación de una pena. Este principio de legalidad corresponde al conocido apotegma ***"nullum crimen, nulla poena sine previa lege"*** (ningún crimen, ninguna pena sin ley previa). Es decir, para que una conducta pueda ser considerada como delito, se requiere que la misma esté conminada en la norma.

III.3.4.1 EXCUSAS ABSOLUTORIAS.

Al aspecto negativo de la punibilidad se le llaman excusas absolutorias.

¹⁵⁷ Nuevo Código Penal para el Distrito Federal, op. cit., p. 4.

¹⁵⁸ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Editorial Porrúa, México, 2005. p.15.

Son aquellas causas que dejando subsistente el carácter delictivo de la conducta o hecho, impiden la aplicación de la pena. El Estado no sanciona determinadas conductas por razones de justicia o equidad, de acuerdo con una prudente política criminal. En presencia de una excusa absolutoria, los elementos esenciales del delito (conducta, tipicidad, antijuricidad, imputabilidad y culpabilidad), permanecen inalterables; sólo se excluye la posibilidad de punición.

En abundamiento, las excusas absolutorias son las consideraciones que hace el legislador para que una conducta que es típica, antijurídica y culpable, no sea sancionada.¹⁵⁹

Así, el Nuevo Código Penal para el Distrito Federal¹⁶⁰ establece excusas absolutorias con relación a diversos delitos, por ejemplo, el artículo 139 relativo al homicidio culposo establece:

“No se impondrá pena alguna a quien por culpa ocasione lesiones u homicidio en agravio de un ascendiente o descendiente consanguíneo en línea recta, hermano, adoptante o adoptado, cónyuge, concubina, concubinario o cuando entre el agente y el pasivo exista relación de pareja permanente, amistad o de familia, salvo que el agente se encuentre bajo el efecto de bebidas embriagantes, de estupefacientes o psicotrópicos, sin que medie prescripción médica, o bien que se diere a la fuga y no auxiliare a la víctima”.

Igualmente, el artículo 148 referente al aborto, señala:

“Se consideran como excluyentes de responsabilidad penal en el delito de aborto:

I. Cuando el embarazo sea resultado de una violación o de una inseminación artificial a que se refiere el artículo 150 de este Código;

¹⁵⁹ Cervantes Merino, J. Fdo. Apuntes de Derecho Procesal Penal, Universidad Latina, México, 2003.

¹⁶⁰ Nuevo Código Penal para el Distrito Federal, op. cit. pp. 54-57.

II. Cuando de no provocarse el aborto, la mujer embarazada corra peligro de afectación grave a su salud a juicio del médico que la asista, oyendo este el dictamen de otro médico, siempre que esto fuere posible y no sea peligrosa la demora;

III. Cuando a juicio de dos médicos especialistas exista razón suficiente para diagnosticar que el producto presenta alteraciones genéticas o congénitas que puedan dar como resultado daños físicos o mentales, al límite que puedan poner en riesgo la sobrevivencia del mismo, siempre que se tenga el consentimiento de la mujer embarazada; o

IV. Que sea resultado de una conducta culposa de la mujer embarazada.

En los casos contemplados en las fracciones I, II y III, los médicos tendrán la obligación de proporcionar a la mujer embarazada, información objetiva, veraz, suficiente y oportuna sobre los procedimientos, riesgos, consecuencias y efectos; así como de los apoyos y alternativas existentes, para que la mujer embarazada pueda tomar la decisión de manera libre, informada y responsable”.

Cabe mencionar, que consideramos éstas excusas absolutorias de suma importancia con relación a nuestra investigación, puesto que el problema del aborto versa sobre la muerte antes de una vida plena y la eutanasia sobre la muerte después de que la vida plena ha terminado.¹⁶¹ Prolongación de signos vitales no es prolongación de la vida humana... vida biológica es diferente que vida humana.¹⁶²

¹⁶¹ R. Dworkin, *Life's dominion. An argument about abortion, euthanasia, and individual freedom*. Traducción: El dominio de la vida. Una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual. Vintage Books, Nueva York, 1994, p. 3.

¹⁶² Roldan González, Julio, *Ética médica*, 2a. ed., México, Ediciones de la Universidad La Salle, 1984, p. 94.

CAPÍTULO CUARTO

PROPUESTA JURÍDICA

En nuestro país, la eutanasia carece de regulación específica, como ya se mencionó en el capítulo anterior. Cabe señalar, que el 18 de mayo del 2005, 3 diputados federales integrantes del Grupo Parlamentario del Partido de la Revolución Democrática presentaron ante la Comisión Permanente una iniciativa por el que se reforma el Código Penal y el Código Civil Federal y crea la Ley General de los Derechos de las Personas Enfermas en Estado Terminal.

Asimismo, el 6 de octubre del mismo año, el diputado Víctor Gabriel Varela López, del grupo parlamentario del Partido de la Revolución Democrática presentó una iniciativa por el que se reforma y adicionan diversas disposiciones de la Ley del Salud y del Código Penal para el Distrito Federal.

En ambas iniciativas la finalidad es despenalizar la eutanasia, mediante la solicitud de terminación voluntaria de la vida, es importante señalar, que en la primera iniciativa también se contempla el testamento de vida.

Hasta el momento, no se ha legislado al respecto y todo indica que se está muy lejos de alcanzar acuerdos para que se legisle la eutanasia y se considere como una opción. No obstante, la legislación penal mexicana considera punible la práctica de la eutanasia considerándola como homicidios o en su caso suicidios.

La primera eutanasia legal que se aplica en el mundo se realizó en el año de 1996 en Australia, en la localidad de Darwin, un enfermo terminal con cáncer de próstata de 60 años, falleció después de acceder voluntariamente a que se le suministrara una inyección letal, operación que llevó a cabo el doctor Philip Nitschke.

A continuación expondremos diversos casos prácticos referentes a controversias suscitadas con relación a la práctica de la eutanasia, que fueron llevados a juicio en las cortes de la Gran Bretaña y de los Estados Unidos.¹⁶³

El primer caso se trata de una persona consciente y competente:

La señorita B, que se difundió a través de los medios (su nombre se mantiene en el anonimato por razones legales). Se trataba de una mujer británica de 43 años, trabajadora social, que quedó tetrapléjica como consecuencia de la ruptura de un vaso sanguíneo del cuello, que afectó su espina dorsal.¹⁶⁴ Desde febrero de 2001 vivió conectada a una máquina para respirar, a pesar de que ella, con anterioridad, había establecido por escrito que no deseaba recibir tratamiento en caso de verse en una condición que pusiera en riesgo su vida o de quedar mentalmente incapacitada o inconsciente. La paciente pidió a los médicos que retiraran el respirador, a lo cual se negaron alegando razones éticas y porque además consideraban que la señorita B cambiaría de opinión. Como no sucedió así, ella recurrió a la justicia. Mediante un circuito cerrado de televisión la paciente se comunicó directamente desde la cama del hospital con la juez Elizabeth Butler-Sloss, presidenta de la División Familiar de la Corte Suprema del sistema judicial inglés, quien decidió su caso desde Birmingham, cuando estaba en contacto con el resto de los jueces reunidos en el Tribunal Supremo de Londres.

En marzo de 2002 la juez falló a favor de la paciente, pues consideró que la señorita B estaba totalmente capacitada para decidir la interrupción del tratamiento, con lo cual se produciría su muerte. Señaló que se trataba de una decisión que debía permitirse a personas con discapacidades tan severas, para quienes vivir así podría significar algo peor que la muerte. Añadió que la decisión previa de la paciente

¹⁶³ Álvarez del Río, A. *Práctica y Ética de la Eutanasia*, op. cit., pp. 76-95.

¹⁶⁴ En 1999 tuvo una hemorragia a consecuencia de un aneurisma de una arteria cercana a la médula espinal, de la que se recuperó casi por completo, pero se volvió tetrapléjica en febrero de 2001, a causa de un sangrado mayor. Véase C. Dyre, "Woman makes legal history in right to die case", *BMJ*, 2002; 324: 629.

debería haber sido respetada por el hospital, lo que hubiera evitado el sufrimiento adicional que padeció.¹⁶⁵

Este juicio fue especialmente importante por ser la primera vez que alguien mentalmente capaz pedía y recibía el permiso para que se le retirara el apoyo de vida artificial. En casos anteriores se habían encausado solicitudes de familiares de pacientes en estado vegetativo persistente.¹⁶⁶ No hubo detalles sobre el desenlace que tuvo la señorita B, pues un requerimiento judicial prohibió la publicación de cualquier información que pudiera identificarla, pero se supo, a través del Departamento de Salud, que murió tranquilamente dormida una vez que se le retiró el ventilador, aproximadamente un mes después de que recibiera la autorización de la juez.¹⁶⁷

Los siguientes dos casos se refieren a personas inconscientes, en estado vegetativo persistente; ambos conservaban la capacidad para respirar por sí mismos, pero requerían hidratación y alimentación artificial. Nancy Cruzan, en los Estados Unidos, y Anthony Bland, en Gran Bretaña.

En 1983, Nancy Cruzan de 26 años, sufrió un accidente automovilístico a consecuencia del cual quedó sin capacidad respiratoria. Una vez que se atendió y restableció su respiración, se determinó que había una lesión cerebral irreversible debido al tiempo que había permanecido sin oxígeno. Aunque en las primeras semanas fue capaz de ingerir algunos alimentos oralmente, después se le implantó un tubo para alimentarla e hidratarla. Una vez que resultó evidente que Nancy no tenía ninguna posibilidad de recobrar sus facultades mentales. Los padres solicitaron que se le retirara la alimentación artificial. Estaba claro que al hacerlo se produciría su muerte, por lo que el personal del hospital se negó a actuar sin una orden

¹⁶⁵ El País, 7 y 23 de marzo de 2002.

¹⁶⁶ CNN.com, 22 de marzo de 2002.

¹⁶⁷ Z. Kmietowicz, "Woman who won right to refuse treatment dies", BMJ, 2002; 324: 1055.

judicial.¹⁶⁸ De ese modo se inició un proceso legal que duraría siete años, hasta que los padres consiguieron el permiso para dejar morir a su hija. Un primer juez de Missouri había consentido que se retirara la alimentación artificial con base al derecho, garantizado por la constitución estatal y federal, de rehusar un procedimiento para prolongar la vida. Se apoyaba en el testimonio de los padres de que su hija había expresado en diversas ocasiones que no hubiera querido que la mantuvieran viva en tal condición. Sin embargo, el defensor asignado a Nancy sintió la responsabilidad de apelar, y la Suprema Corte de Missouri determinó que la ley de ese Estado no permitiría que se retirara el apoyo a menos que hubiera pruebas claras de que la paciente hubiera querido eso, para lo cual tendría que haber un testamento de vida firmado por ella en el que expusiera su voluntad. De no contar con un documento probatorio, el Estado estaba obligado a preservar la vida de Nancy por el deber que tenía de respetar la santidad de vida. La corte consideraba que la comunidad de Missouri tenía razones legítimas para mantenerla viva, aún cuando eso fuera en contra de los derechos e intereses de ella misma, ya que era intrínsecamente malo que alguien muriera deliberada y prematuramente.¹⁶⁹

Los padres apelaron a la Suprema Corte de la Nación argumentando que su hija tenía el derecho constitucional para que se le permitiera morir, pero la Suprema Corte no decidió si debía permitirse el retiro del tratamiento, sino que respaldó a la corte de Missouri en su derecho de tomar decisiones propias y de pedir la evidencia que demostrará la voluntad de Nancy. Unos meses más tarde de esta decisión, el Estado de Missouri concedió a Nancy el derecho a morir al aceptar como evidencia el testimonio de unos amigos que declararon que ella había indicado que prefería morir antes que verse en la situación en que estaba. En su tumba, junto con el día de su nacimiento, en 1957, están grabadas otras dos fechas: una de 1983, “El día que se fue”, y la de 1990, “El día que descanso en paz”.¹⁷⁰

¹⁶⁸ “Missouri contra Cruzan”, en R. Baird y S. Rosenbaum, *Eutanasia: los dilemas morales*, Ed. Alcor, Barcelona, 1ª ed. 1992, pp. 191-233.

¹⁶⁹ R. Dworkin, op. cit., pp. 11-12.

¹⁷⁰ P. Singer, op. cit., pp. 61-62.

Anthony Bland era un muchacho de 17 años, apasionado del fútbol, que en 1989 asistió a la semifinal en que jugaba su equipo favorito en Sheffield, Inglaterra. Cientos de aficionados intentaron entrar cuando el partido empezó, lo cual produjo un terrible accidente en el que murieron 95 personas. Anthony fue aplastado por la multitud y sus pulmones y cerebro quedaron sin oxígeno tanto tiempo que cayó en estado vegetativo persistente.¹⁷¹ Ni la familia de Anthony, ni el médico a su cargo, ni el médico consultado por éste, ni el mismo hospital, veían algún beneficio en alimentar artificialmente al muchacho para mantenerlo vivo. De no ser porque se estaban investigando judicialmente las muertes causadas por el desastre del estadio, se hubiera procedido como es común en Gran Bretaña cuando todos los involucrados están de acuerdo: se hubiera retirado el tratamiento y se hubiera esperado que sobreviniera la muerte una o dos semanas después. Sin embargo, el médico responsable consideró prudente informar al investigador del accidente, quien le advirtió que corría riesgos de ser acusado de homicidio, a pesar de coincidir con él en que no tenía sentido prolongar la existencia de Anthony.

El juez al que se acudió para decidir el caso confirmó el riesgo que habría corrido el médico pues, aunque ha sido costumbre que los médicos, basándose en su propio juicio y la ética médica, tomen decisiones para interrumpir tratamientos que prolongan innecesariamente la vida, ha habido doctores y enfermeras que creen en la santidad de la vida por encima de todo, por lo que denuncian tales hechos a la policía.¹⁷² Fue necesario llevar este caso hasta la Cámara de los Lores,¹⁷³ porque el defensor que nombró el Estado para garantizar los derechos de Anthony se opuso a la decisión de los jueces que autorizaron a los padres a retirar el tratamiento, primero en la División Familiar y luego en la Corte Suprema inglesa.¹⁷⁴ Aun cuando el defensor estaba de acuerdo en que el muchacho nunca recobraría la conciencia, se

¹⁷¹ R. Dworkin, op. cit., p. 188.

¹⁷² P. Singer, op. cit., pp. 58-59.

¹⁷³ La Cámara de los Lores es la corte más alta en el sistema judicial británico. Álvarez del Río, op. cit., p. 86

¹⁷⁴ High Court, por encima de la cual está The House of Lords. Ibid.

oponía a que se le dejara morir, por que legalmente eso correspondía a un homicidio.¹⁷⁵

En la Cámara de los Lores, lord Hoffmann, basándose en lo que pudo conocer de Anthony Bland a través de quienes estuvieron más cerca de él, determinó que debía admitirse que, si fuera posible que el muchacho eligiera, hubiera preferido morir y no vivir en las condiciones en que se encontraba. A pesar de que el respeto a la santidad de la vida aconsejaba mantenerlo vivo, el respeto al principio de autodeterminación justificaba que la ley le permitiera morir.¹⁷⁶ Al describir la condición de este joven, lord Hoffmann concluyó con una reflexión que siempre debería tenerse en cuenta al juzgar peticiones como la de los padres de Anthony: “Su cuerpo está vivo, pero no tiene vida en el sentido en que la tiene incluso el ser humano más lamentablemente incapacitado que sí tiene conciencia. Pero los avances de la medicina moderna podrían mantenerlo en ese estado por años, incluso por décadas.”¹⁷⁷ Como señala Singer, los jueces tuvieron la sensibilidad de encontrar una solución legal que permitiera poner fin a una tragedia que, de por sí, era terrible.¹⁷⁸

Ambos casos fueron de gran relevancia en sus países respectivos por el precedente que sentaron. La petición para interrumpir la vida de Nancy Cruzan fue la primera que se solicitó ante la Suprema Corte de los Estados Unidos, y sirvió para reconocer que las personas competentes tienen un derecho constitucional a que se les retire el mantenimiento de la vida artificial en caso de caer en estado vegetativo persistente. Con la experiencia de este caso, en los hospitales se crearon políticas para que los pacientes pudieran dejar directivas para prever el caso de que quedaran en esa condición.¹⁷⁹

¹⁷⁵ P. Singer, op. cit., p. 60.

¹⁷⁶ R. Dworkin, op. cit., p. 188.

¹⁷⁷ P. Singer, op. cit., p. 58.

¹⁷⁸ Ibid., p. 64.

¹⁷⁹ R. Dworkin, op. cit., p. 188.

El caso de Anthony también sentó un precedente histórico. Sin duda, significó un dolor adicional para los padres el hecho de que una solución que hubiera podido tomarse fácilmente tuviera que posponerse y decidirse judicialmente. Pero la importancia del caso radica en que se cuestionó en el sistema legal británico (muy influyente en países como Canadá, Australia y Nueva Zelanda) el apoyo médico artificial en casos de pacientes en estado vegetativo persistente, y que se otorgó el permiso legal para que los médicos pudieran dejar morir a tales pacientes.¹⁸⁰

El siguiente y último caso, se trata de una persona consciente, Janet Adkins, quién no llegó a la incompetencia porque prefirió morir antes de que avanzara el deterioro intelectual y quedara impedida para tomar una decisión.

Janet Adkins, la primera mujer a la que el controvertido doctor Jack Kevorkian ayudó a morir. A esta mujer le habían diagnosticado la enfermedad de Alzheimer¹⁸¹ y se informó de todas las consecuencias que eso implicaba; consciente de que empezaba a perder sus capacidades, decidió que no quería vivir tal deterioro. Por su parte, el médico no desconocía que sería objeto de innumerables críticas si respondía al pedido de Janet, pero consideró válida su decisión de poner fin a su vida, en la cual la apoyaron su marido y sus hijos. Kevorkian aceptó ayudarla a morir utilizando su invento, el Mercitron, una máquina con la que la misma paciente puso en marcha el dispositivo para quitarse la vida.¹⁸²

¹⁸⁰ Peter Singer considera histórica para la ley británica la resolución del caso de Anthony Bland, porque respalda judicialmente lo que la práctica pone en evidencia: la necesidad de una revisión de la ética tradicional frente a las decisiones médicas al final de la vida. Véase P. Singer, op. cit., p. 1.

¹⁸¹ En los últimos estadios de la enfermedad de Alzheimer, que puede durar entre cuatro y doce años, los pacientes pierden prácticamente toda la memoria, no tienen conciencia de una vida anterior y sólo ocasionalmente reconocen y responden a otros, aún cuando se trate de las personas más cercanas. Los enfermos apenas pronuncian alguna palabra, tienen incontinencia, se caen y no pueden caminar ni comer.

¹⁸² Una vez que Kevorkian le practicó una punción en la vena para gotear solución salina, la enferma accionó el Mercitron y activó la administración de los otros medicamentos: el tiopental, que causa coma profundo en unos treinta segundos, y el cloruro de potasio, que paraliza el músculo cardíaco sin dolor. Véase J. Kevorkian, Eutanasia. La buena muerte, Grijalbo, Barcelona, 1991, pp. 243-245, en el que Kevorkian describe la invención del Mercitron, y pp. 259-270, en donde relata cómo conoció y ayudó a morir a Janet Adkins.

Kevorkian en su obra denominada Eutanasia, nos relata el primer contacto telefónico que tuvo con el esposo de Janet, a finales de 1989. Éste describe a Janet como una mujer extraordinaria, esposa, madre, abuela, amiga muy querida, música, escaladora y amante de la vida al aire libre. Ella sabía lo que suponía el diagnóstico que le habían dado y había decidido que no viviría para experimentar el horror de un final semejante. Kevorkian apoyó la decisión que ella tomó primero de entrar a un programa experimental para probar un fármaco nuevo, porque era importante que agotara toda intervención médica potencialmente beneficiosa. En la siguiente comunicación, en abril de 1990, los Adkins le informaron que el programa se había interrumpido por la poca efectividad del medicamento y le solicitaron el suicidio asistido mediante el aparato que había inventado. Kevorkian estaba consciente de que Janet no era una enferma terminal, y aunque sabía que sería blanco de crítica, consideró que el deterioro que ella estaba sufriendo justificaba su solicitud; además estaba consciente de que el tiempo apremiaba. Revisó su expediente y consultó con el médico de Janet, quien se opuso a la idea del suicidio y manifestó que su paciente todavía podría estar bien un año más, lo cual no coincidía con los datos que ella y su marido aportaban a Kevorkian. Éste se dio cuenta, en las entrevistas con Janet, de que ella aún era mentalmente competente y que no estaba deprimida, pero su memoria fallaba muchísimo y le afligía no recordar aspectos del tema sobre el que conversaban.¹⁸³ La nota final de Janet Adkins, escrita la mañana de su muerte, en junio de 1990, testificada por su marido y su mejor amiga, confirma la valoración de Kevorkian:¹⁸⁴

He decidido quitarme la vida por las siguientes razones. Ésta es una decisión tomada

¹⁸³ J. Kevorkian, op. cit., pp. 259-270.

¹⁸⁴ Desde abril de 1999, Jack Kevorkian cumple una sentencia en la cárcel de un mínimo de 10 y un máximo de 25 años por asesinato en segundo grado. En septiembre de 1998 Kevorkian inyectó una droga letal a Thomas Youk, un enfermo terminal que le había solicitado ayuda para morir. Antes de este caso, Kevorkian se había limitado a practicar el suicidio asistido, pero esta vez, además de aplicar una eutanasia, grabó el procedimiento en un video que exhibió el programa 60 minutos. Véase www.elpais.es/articulo/Comunidad/Valenciana/vida/muertes/cotidianas/elpepiautval/19990414elpval_26/Tes/

en estado mental normal y profundamente meditada. Tengo la enfermedad de Alzheimer y no quiero dejarla progresar más. No quiero que mi familia ni yo misma tengamos que soportar el sufrimiento de esta terrible enfermedad.¹⁸⁵

Los casos antes citados, nos ofrecen un panorama general de algunas de las situaciones en que las personas toman decisiones sobre el final de su vida (o la de un ser querido, cuando éste ya no puede hacerlo).

Consideramos de suma importancia añadir algunos testimonios de tres experiencias relacionadas con la eutanasia y el suicidio médicamente asistido; la primera tuvo lugar en los Países Bajos, la segunda en Oregon y la última en nuestro país.¹⁸⁶

Masha,¹⁸⁷ un caso de los tantos que suceden en los Países Bajos vuelve a mostrar la liberación y la paz que brinda el tener la posibilidad de decidir cuándo se quiere terminar la vida. Este testimonio es gracias al esposo de Masha, una mujer mayor que padecía cáncer de colon, tardíamente detectado. El tumor creció tanto que había invadido la vesícula biliar y el hígado, se había puesto amarilla por completo y había perdido muchísimo peso, no podía eliminar orina ni heces, lo cual le causaba mucho dolor e incomodidad; ya no podía comer. A diario el esposo le rezaba a Dios y pedía que se la llevara.

Años antes habían hablado sobre la muerte y la idea de pedir la eutanasia cuando su vida se deteriorara. De manera que hablaron nuevamente de esta opción y la platicaron con su médico, quien les dijo que les daría la ayuda que le pidiesen. No era nada fácil la decisión, pues había personas cercanas, entre ellos un médico amigo y algunos familiares que se oponían a la eutanasia, argumentando que el papel del médico no era matar y que la religión no lo permitía. La mujer habló con un

¹⁸⁵ J. Kevorkian, op. cit., p. 267.

¹⁸⁶ Estos casos se incluyeron en un artículo publicado en Nexos. Véase A. Álvarez, "A las puertas del dolor", Nexos, 2003; 307: 40-44.

¹⁸⁷ D. Thoma et al., Asking to die. Inside the Dutch debate about euthanasia, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, 1998, pp. 481-484. El testimonio se publicó sin nombre, por lo cual el nombre es ficticio.

pastor, y él le dijo que elegir la eutanasia era una decisión muy difícil, pero que estaba convencido de que Dios no castigaría por ello a los hombres. Esa conversación los tranquilizó.

La muerte se programó para una tarde de viernes. Ese día el doctor preguntó a Masha si estaba segura de querer la eutanasia, y su respuesta fue un sí contundente. Justo antes de que se llevara a cabo, el esposo salió un momento y al regresar se dio cuenta que la cara de su mujer había recobrado las cualidades de tiempos anteriores... la veía hermosa. El doctor administró la inyección y el marido se recostó en el pecho de su mujer; después de unos segundos notó que el corazón se había detenido.

Cuando recuerda ese día, el esposo de Masha siente una inmensa tristeza, pero no lamenta nada: “La eutanasia liberó a la persona que más quería de un sufrimiento espantoso”.

Colleen Rice¹⁸⁸ vivía en Oregon y decidió morir mediante el suicidio asistido cuando su lucha contra el cáncer de pulmón se volvió insoportable. Se lo diagnosticaron en una etapa muy avanzada y calcularon que sólo le quedaban seis meses de vida, apenas el tiempo suficiente par terminar la novela histórica que había empezado unos años antes. Colleen no quiso someterse al tratamiento de quimioterapia. Sabía que no iba a curarla y que le produciría efectos secundarios que la incapacitarían para dedicarse a lo que más le interesaba antes de morir: resolver algunos conflictos que arrastraba en la relación con su única hija y dejar el libro listo para su publicación. Pudo hacerlo con ayuda de cuidados paliativos: le aplicaron oxígeno para respirar y recibió morfina para aliviar el dolor y la sensación de ahogo. Colleen inició también el proceso de solicitud de la prescripción letal.

¹⁸⁸ B. Yeoman, “Death with dignity”, AARP Magazine, marzo-abril de 2003. Se conserva el nombre con el que fue publicado. www.aarpmagazine.org/Articles/a2003-01-14-dignity.html?page=1

Había seguido de cerca el debate sobre el suicidio médicamente asistido y había apoyado activamente la propuesta de ley que finalmente se aprobó en 1997. Durante los últimos cuatro meses de vida vivió en casa de su hija, en una habitación improvisada, acompañada por su esposo, quien permanecía despierto todas las noches para cuidar su respiración mientras ella dormía. En ocasiones, Colleen despertaba enojada de seguir viva y con la preocupación de que si esperaba demasiado no sería capaz de tragar por sí sola los medicamentos para morir.

Una vez que eligió el día de su muerte decidió organizar una velada la noche anterior para dejar un recuerdo agradable a su familia, y especialmente a sus nietos. Con ayuda de su hija, y sorteando muchas dificultades, se las arregló para darse un baño y vestirse; después se reunió con todos alrededor de una mesa redonda, y se entretuvieron con un juego tradicional en la familia. Se había quitado el oxígeno para evitar el ruido del generador que llenaba el ambiente. Los nietos ignoraban que era el último día de vida de su abuela y estaban muy alegres; le dieron besos y la hicieron reír hasta que Colleen, muy a su pesar, tuvo que detener la reunión al darse cuenta de que tosía con sangre y que estaba agotada por la falta de oxígeno. Los nietos se despidieron como tantas veces, pero su madre les dijo que le dieran a su abuela un gran beso de buenas noches, conteniendo las ganas de gritarles que era la última vez que la verían. A la mañana siguiente, Colleen se maquilló porque quería verse bonita en su último día. Tomó un medicamento para evitar la náusea y el riesgo de vomitar cuando tomará más tarde los barbitúricos de sabor amargo. Llegó uno de los directores de la asociación Compassion in Dying of Oregon, que apoya a sus miembros dándoles información y facilitándoles los contactos necesarios con médicos y farmacéuticos cuando desean morir mediante el suicidio médicamente asistido. También les ofrece compañía el día de su muerte; así lo hizo el director con Colleen. Ayudó a triturar los barbitúricos y a mezclarlos con un jugo, y cuando estuvo lista la bebida le preguntó si estaba segura de querer continuar; ella contestó que sí, brindó con el vaso y bebió la preparación. Empezó a marearse casi de inmediato, cayó en coma en unos minutos y murió dos horas después. Mientras esto sucedía, los familiares estuvieron rezando en voz alta y recitando cánticos de despedida.

Dos años más tarde, la hija vuelve a llorar cuando habla de la enfermedad y la rápida muerte de Colleen. A veces se pregunta qué estaría haciendo su madre hoy si el cáncer hubiera desaparecido, y entonces recuerda los intentos de John Ashcroft por revocar la ley que permite el suicidio médicamente asistido y se responde: “Ella estaría en Washington reclamando al abogado del Departamento de Justicia: ¿Cómo se atreve a quitarnos el derecho a morir con dignidad? ¡Usted no tiene ese derecho!”

Después de presentar dos testimonios de experiencias referentes la primera a la eutanasia y la segunda al suicidio médicamente asistido que se llevaron a cabo en lugares en los que está legalmente permitido, consideramos oportuno incluir un testimonio de México. Es de suma importancia mencionarlo para darnos cuenta, que la ilegalidad de la práctica no modifica el supuesto, de que se aplique de manera clandestina.

Estela¹⁸⁹ tenía 46 años cuando se encontraba en la fase última de una larga enfermedad que había sobrellevado casi diez años. Lo que había empezado como un cáncer de pulmón, que en principio había cedido a los tratamientos, tuvo una recurrencia que finalmente produjo metástasis en el cerebro. En los años anteriores ella había llevado su padecimiento con mucho valor, enfrentando con determinación las intervenciones quirúrgicas que los médicos le propusieron y resistiendo con ánimo y serenidad los repetidos tratamientos de quimioterapia. Cuando se recuperaba de ellos retomaba sus actividades y disfrutaba todo lo que la vida seguía dándole, a pesar de que al mismo tiempo le quitaba energía. Era tanto lo que Estela quería vivir que hubiera permitido más pérdidas, hubiera aceptado que le hicieran nuevas intervenciones y hubiera dejado que le cortaran todo lo que fuera necesario. Decía “que le quitaran todo, menos su cabeza”, pero esto era justamente lo que empezaba a robarle la enfermedad. Ella estaba advertida de que el cáncer podía llegar al cerebro, y cuando reconoció los primeros efectos decidió que ésa era la

¹⁸⁹ Entrevista con el esposo. El nombre y algunos detalles de este testimonio son ficticios, pero conserva y trasmite su esencia.

única forma en la cual no aceptaba vivir. Ese día suspendió sus actividades y supo que había llegado el momento de despedirse.

Estela era una mujer de una inteligencia asombrosa que se había dedicado por más de veinte años a la investigación y enseñanza de la sociología. Disfrutaba enormemente las actividades intelectuales y eran admirables su claridad y agilidad de pensamiento, así como sus sabios comentarios que siempre expresaba con una extraordinaria sencillez y pertinencia. Su vida había sido un ejemplo de coherencia entre sus convicciones y acciones; por mucho que a su familia le doliera aceptar su decisión, también podía comprenderla. Su esposo, un abogado con quien había compartido veinticuatro años de vida, y su hijo, un estudiante de medicina en el cuarto año de la carrera, la apoyaron en la planeación y preparación de todo lo necesario para que pudiera terminar con su vida de una manera apacible el día que ella eligiera. Si de por sí era difícil hacer los arreglos previos que suscitaban sentimientos encontrados en todos, había que añadir el peso que suponía dar cada paso en un clima de secreto. Pero sabían dónde buscar ayuda y la fueron encontrando. El hijo llevaba una buena relación de confianza con un profesor que había expresado en previas conversaciones una posición favorable hacia la eutanasia. Él los asesoró para elegir y conseguir los fármacos y les dijo qué dosis debían utilizar para producir una muerte segura y sin dolor. De esta manera obtuvieron con suficiente anticipación lo que Estela tomaría el día que escogiera para terminar con su vida, y disfrutando el tiempo que les quedaba.

El último día de vida de Estela fue un día de octubre con un cielo claro y un clima agradable. Eligieron comer en el jardín de la casa, un lugar consentido cuando querían celebrar una ocasión especial. En el transcurso de la semana Estela se había despedido de sus hermanos y de sus amigos más cercanos y ahora quería disfrutar el día con su esposo y su hijo. Al avanzar la tarde subieron a su recámara y se dijeron por última vez cuánto se querían. Después ella bebió la preparación con los medicamentos. Cuando lo hizo, su esposo y su hijo la tomaron de la mano, esperando los efectos con la incertidumbre de no saber cuánto tardaría y el temor de

que pasara algo que impidiera la muerte, como hubiera sido el hecho de que vomitara.

A los pocos minutos de su muerte llegaron algunos amigos. Para todos fue muy importante sentirse acompañados. Fueron momentos emocionalmente muy intensos que inspiraban un enorme respeto por esa mujer que con tanta entereza y lucidez eligió la forma y la fecha de su muerte; respeto por la familia que la acompañó en todo el proceso, dándole un apoyo que al mismo tiempo significaba adelantar la dolorosa separación, y por último, respeto por esa experiencia tan insondable que significa morir. Estela parecía dormida; se veía muy bella con sus aretes de plata. Pero ya no estaba ahí, y así era porque ella lo había decidido. Sintiéndose acompañados en esa experiencia extraña, al mismo tiempo que entrañable, los amigos tomaron juntos una copa en silencio, puesto que no había palabras que alcanzaran a describir lo que sentían.

Hoy el esposo de Estela agradece que su hijo y él se hayan sentido acompañados por los amigos, no sólo asesorados, sino emocionalmente apoyados, pues de otra manera no hubieran podido, ellos mismos, acompañar a Estela. Al evocar ese día el esposo asegura que ha sido el día más triste de su vida... pero a la vez el más bello.

En el proceso de nuestra investigación se realizó una encuesta sobre la eutanasia a 60 personas, con el objeto de conocer su opinión respecto al tema; el cuestionario que se formuló consta de tres preguntas y el formato fue el siguiente:

ENCUESTA SOBRE LA EUTANASIA

Profesión: _____

Sexo: _____

Edad: _____

1. ¿Sabe usted que es la Eutanasia?

SI _____

NO _____

2. ¿Estaría a favor de que se despenalizará el homicidio consentido (Eutanasia) en el Distrito Federal?

SI _____

NO _____

3. Si en el Distrito Federal existiese un documento legal, mediante el cual usted pudiera manifestar su voluntad, para que se le aplicare la eutanasia, en caso de padecer una enfermedad irreversible o terminal que le haya llevado a un estado que le impida expresarse por sí mismo.

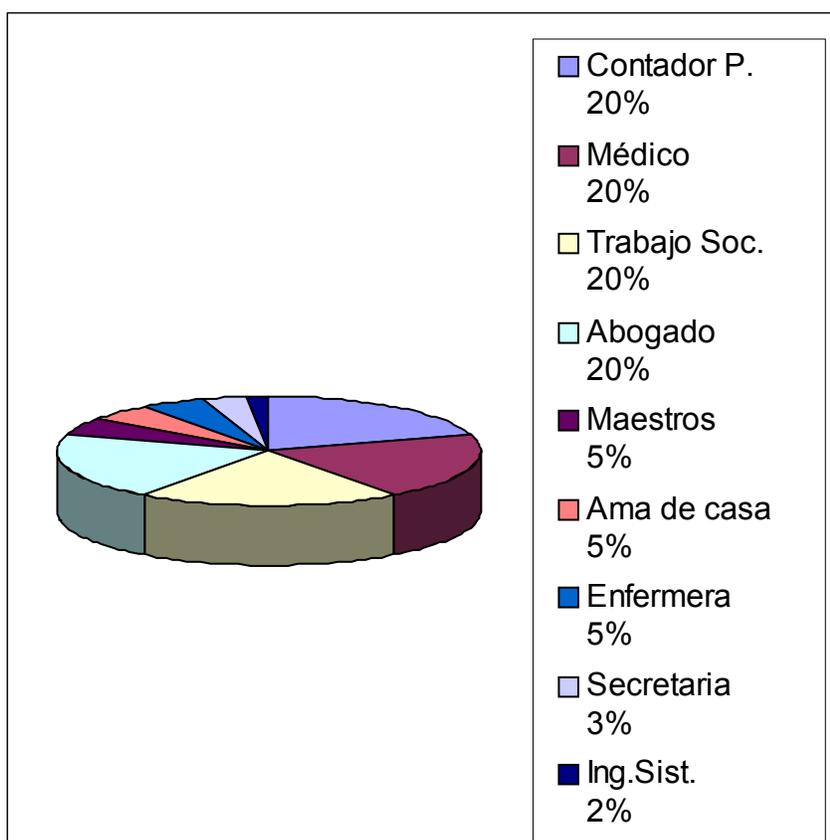
¿Usted aceptaría dicho documento?

SI _____

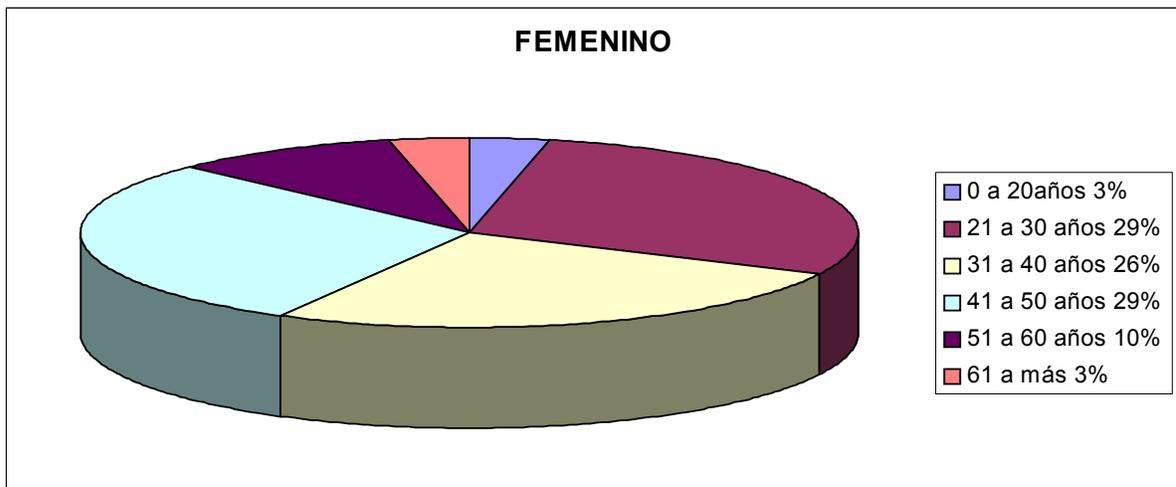
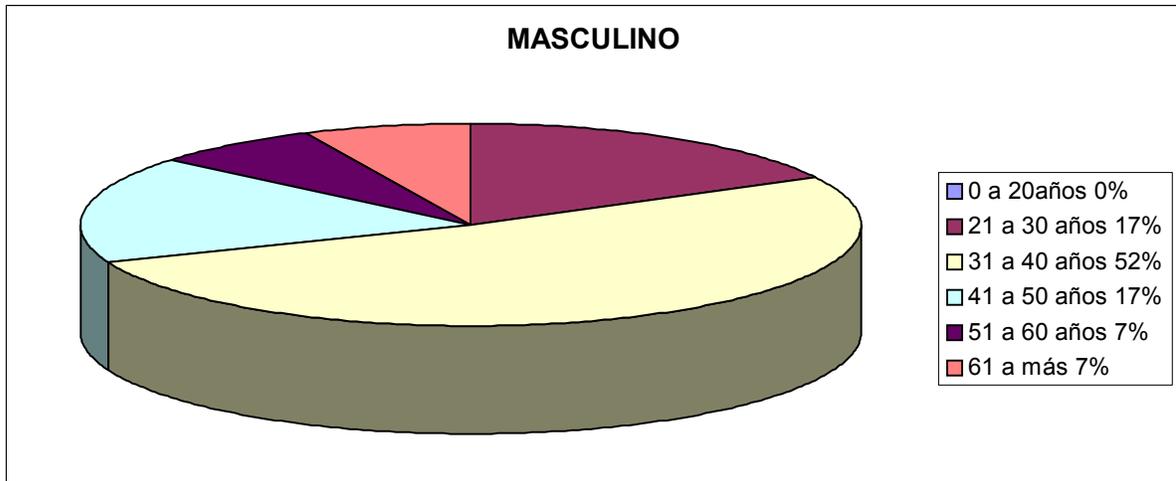
NO _____

RESULTADOS

Encuesta sobre la Eutanasia			
Profesión / Ocupación			
No. Prog.	Concepto	Total	%
1	Contador Público	12	20%
2	Médico	12	20%
3	Trabajo Social	12	20%
4	Abogado	12	20%
5	Maestros	3	5%
6	Ama de casa	3	5%
7	Enfermera	3	5%
8	Secretaria	2	3%
9	Ingeniero en Sistemas	1	2%
TOTAL		60	100%

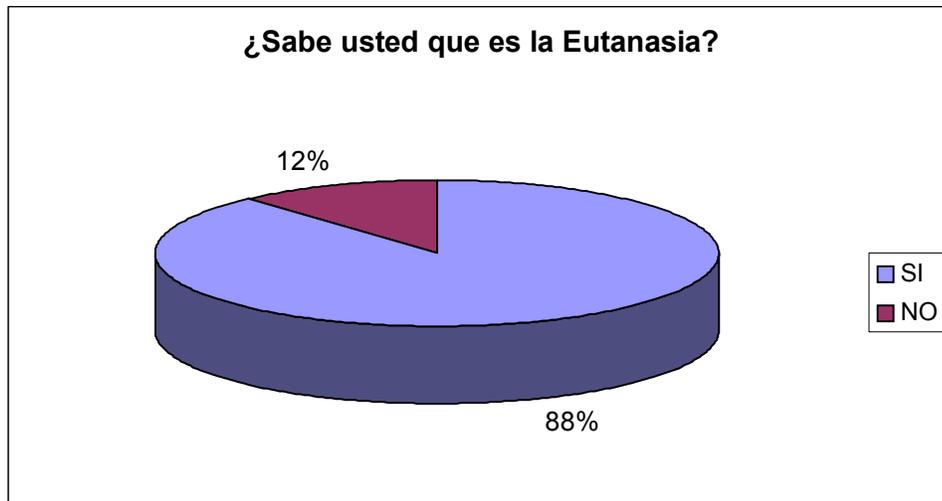


No. Prog.	EDAD Concepto	Y		SEXO		Total
		Masculino	%	Femenino	%	
1	0 a 20años	0	0%	1	3%	1
2	21 a 30 años	5	17%	9	29%	14
3	31 a 40 años	15	52%	8	26%	23
4	41 a 50 años	5	17%	9	29%	14
5	51 a 60 años	2	7%	3	10%	5
6	61 a más	2	7%	1	3%	3
		29	100%	31	100%	60



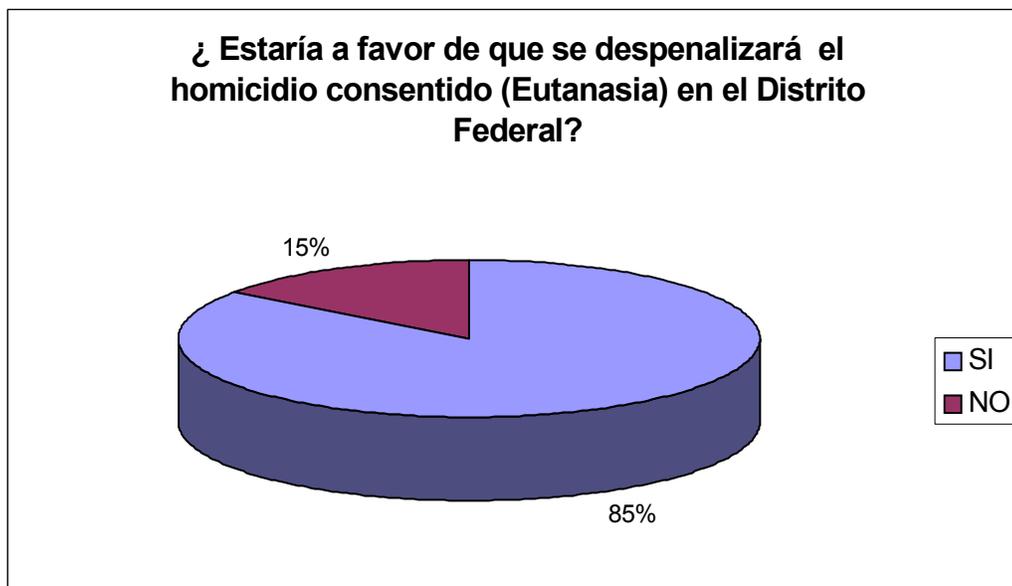
¿Sabe usted que es la Eutanasia?

No. Prog.	Concepto	Masculino	Femenino	Total	%
1	SI	29	24	53	88%
2	NO	0	7	7	12%
	TOTAL	29	31	60	100%



¿Estaría a favor de que se despenalizará el homicidio consentido (Eutanasia) en el Distrito Federal?

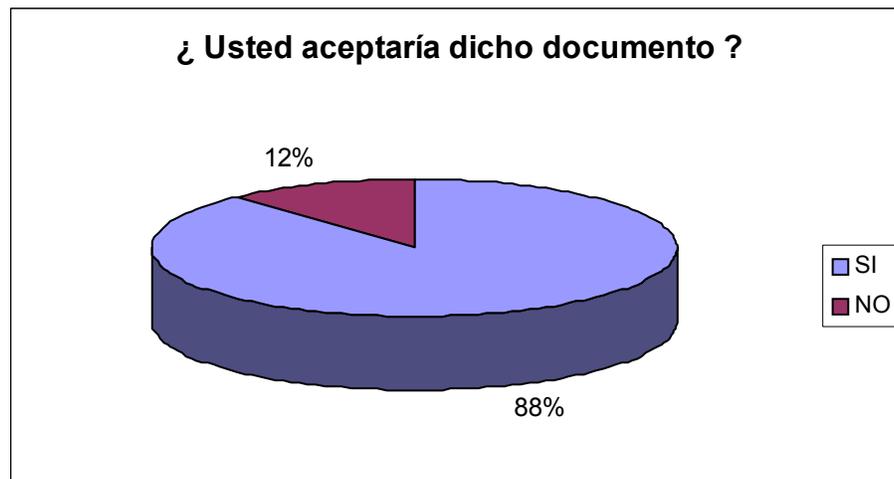
No. Prog.	Concepto	SI	NO	Total
1	Contador Público	9	3	12
2	Médico	11	1	12
3	Trabajo Social.	11	1	12
4	Abogado	10	2	12
5	Maestros	3		3
6	Ama de casa	1	2	3
7	Enfermera	3		3
8	Secretaria	2		2
9	Ingeniero en Sistemas	1		1
	TOTAL	51	9	60
		85%	15%	100%



Si en el Distrito Federal existiese un documento legal, mediante el cual usted pudiera manifestar su voluntad, para que se le aplicare la eutanasia, en caso de padecer una enfermedad irreversible o terminal que le haya llevado a un estado que le impida expresarse por sí mismo.

¿Usted aceptaría dicho documento?

No. Prog.	Concepto	Total	%
1	SI	53	88%
2	NO	7	12%
	TOTAL	60	100%



INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

El 92% de la población encuestada son profesionales, entre los que destacan: médicos, abogados, trabajadores sociales, contadores públicos, maestros y enfermeras.

Respecto a la edad y el sexo, el rango de edad de mayor predominio, tanto del sexo masculino como femenino fue de 21 a 50 años con un 85%, correspondiendo el 41.6% al sexo masculino y el 43.3% al sexo femenino.

El 88% de las personas que fueron encuestadas, si saben que es la Eutanasia y el 12% nos reporta desconocer el concepto.

Del 100% de la población encuestada, el 85% nos refiere que estaría de acuerdo en que se despenalizará el homicidio consentido (Eutanasia) en el Distrito Federal y únicamente el 15% no estaría de acuerdo.

Del 85% de las personas encuestadas que estarían a favor de la despenalización de la Eutanasia, el 5% nos expresó lo siguiente:

Un médico internista, del sexo masculino de 35 años, nos dice que requiere haber una legislación al respecto.

Otro médico, del sexo femenino de 50 años, nos señala que se debe discutir.

Por último, una trabajadora social de 41 años, nos indica que sólo debe aplicar en enfermedades terminales, o muerte cerebral.

El 88% de las personas, sí aceptaría un documento legal, mediante el cual pudiera manifestar su voluntad, para que se le aplicare la eutanasia, en caso de padecer una enfermedad irreversible o terminal que le haya llevado a un estado que le impida expresarse por sí mismo; el 12% no aceptaría tal documento.

Por todo lo expuesto anteriormente, consideramos que es muy importante que en el Distrito Federal se realice un análisis profundo con relación a la eutanasia y asimismo se difunda el tema con el objeto de que la gente conozca la importancia de este tipo de investigaciones y sus resultados.

Finalmente, presentaremos nuestra propuesta jurídica:

La cual consiste en dejar impune las conductas de quienes actúen o priven de la vida por motivos piadosos, es decir, despenalizar bajo ciertas condiciones el homicidio a petición con móviles humanitarios (artículo 127), la ayuda al suicidio y el homicidio consentido (artículo 142); contemplados en el Nuevo Código Penal para el Distrito Federal, como una causa excluyente del delito.

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.

Se propone adicionar el artículo 127 Bis al Nuevo Código Penal para el Distrito Federal, para quedar como sigue:

Artículo 127 Bis. Se considera como causa excluyente del delito de homicidio a petición con móviles humanitarios:

I Cuando la víctima otorgue su consentimiento, mediante un documento en el cual sea plasmada la manifestación de su voluntad fehaciente, el cual debe estar respaldado por fedatario público y firmado por dos testigos, dicho consentimiento puede ser revocable en cualquier momento,

II. Cuando la víctima padezca una enfermedad irreversible e incurable, se encuentre en un estado crónico o terminal, y/o padeciére dolores insoportables,

III. Cuando la privación de la vida se realice por un médico, previo dictamen médico especializado, el cual debe ser valorado al menos con un médico independiente con el objeto de llegar al convencimiento de que el padecimiento de la víctima es insoportable y sin esperanzas de mejora,

IV. Y el móvil sea siempre humanitario.

Artículo 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 el auxilio hasta el punto de ejecutar el mismo la muerte, la pena aplicable será de cuatro a diez años de prisión.

Asimismo, se propone adicionar un segundo párrafo al artículo 142 del Nuevo Código Penal para el Distrito Federal, para quedar como sigue:

Se excluirá del delito de ayuda al suicidio y del homicidio consentido, cuando se cumplan las condiciones señaladas en el artículo 127 Bis de este código.

A continuación presentamos el modelo de documento que deberá ser debidamente fedatado por notario público, al cual hacemos alusión en el artículo 127 Bis, el cual proponemos como:

“Manifestación de la voluntad fehaciente sobre el final de la vida”

Yo _____, por voluntad propia y en completa posesión de mis facultades, después de reflexionarlo cuidadosamente, declaro:

1) En caso de que yo, como consecuencia de una enfermedad, accidente o cualquier otra causa, me encuentre en un estado físico o mental del cual no se considere posible una recuperación a un estado razonablemente aceptable y digno, y si dos médicos independientes coinciden en que mi estado es irreversible e incurable, mi voluntad fehaciente es la siguiente:

a) Que no se me prolongue mi vida por medios artificiales, tales como técnicas de apoyo vital, líquidos intravenosos, fármacos o alimentación artificial.

b) Que se me suministren los fármacos necesarios para paliar al máximo mi malestar, sufrimiento psíquico y dolor físico causados por la enfermedad o por falta de líquidos o alimentación, aún en el caso de que puedan acortar mi vida.

c) Que si me hallo en un estado particularmente deteriorado, se me administren fármacos necesarios para acabar definitivamente, y de forma rápida e indolora, con los padecimientos (es decir, con el sufrimiento y el dolor) expresados en el inciso b de este documento.

d) Me reservo el derecho a revocar esta declaración en cualquier momento, en forma oral o escrita.

2) En caso de encontrarme en el estado descrito en el punto 1, pero completamente consciente, el médico responsable debe pedirme la confirmación de esta declaración; en caso de encontrarme mentalmente incapacitado para participar en tal consulta, esta declaración debe ser considerada como mi voluntad expresa e inequívoca.

Lugar _____

Fecha _____

Firma _____

Testigos

Nombre _____

Fecha _____

Firma _____

Nombre _____

Fecha _____

Firma _____

CONCLUSIONES

1.- El término Eutanasia, compuesto por las raíces griegas eu y thanatos, que significan “bueno” y “muerte”, respectivamente, ha sido utilizado desde el tiempo de la cultura grecorromana para referirse a una muerte fácil, tranquila y sin dolor, término que ha evolucionado y actualmente hace referencia al acto de acabar con la vida de otra persona, a petición suya, con el fin de minimizar su sufrimiento.

2.- Desde las épocas primitivas han existido muchos tipos de prácticas eutanásicas que consisten en acciones o rituales realizados con el fin de dejar morir a miembros de la comunidad por diferentes razones: su edad avanzada, su invalidez, su incompetencia, o por padecer una enfermedad incurable acompañada de grandes dolores, éstas prácticas las realizaban familiares, chamanes o hechiceros, e incluían lo mismo ayudar a morir, en el sentido de acompañar en el paso de la vida a la muerte, que acelerar la muerte misma.

3.- En la actualidad los avances en el campo de la tecnología han permitido una gran variedad de condiciones que en otro tiempo no habrían sido concebidas. El aumento en la expectativa de vida se hace realidad, y es entonces cuando los aspectos éticos y humanos adquieren una connotación distinta, ya que surgen cuestionamientos como prolongar o no la vida, mantenerla de forma superficial, tratar o no al moribundo, dejarlo morir o no.

4.- La Eutanasia se ha difundido y legalizado en diversos países; Holanda es el país que más ha avanzado al respecto, asimismo otros países europeos han restado severidad a las condenas contra la eutanasia.

5.- En México, la Eutanasia carece de regulación específica en nuestro sistema legal, sin embargo, en el Nuevo Código Penal para el Distrito Federal existen algunos tipos que se relacionan con la Eutanasia activa y pasiva voluntaria, tales como:

el homicidio a petición con móviles humanitarios (artículo 127), la ayuda al suicidio y el homicidio consentido (artículo 142); la pena aplicable para dichos delitos es: de dos a cinco años, de uno a cinco años y de cuatro a diez años de prisión, respectivamente.

6.- Hasta el momento la Eutanasia es punible y condenable en el Distrito Federal. Sin embargo, debido a los avances científicos, tecnológicos y de política en la salud habidos a nivel mundial, se hace necesaria una profunda discusión y análisis que nos lleve a una reflexión del tema con los diversos representantes de la sociedad con el fin de establecer normas de una práctica que debe seguir los más estrictos criterios éticos. A las personas no se les puede seguir arrebatando su derecho a la libertad en la toma de decisiones relativas a su vida, es decir, todo individuo merece el derecho a decidir libremente una vez informado del tratamiento médico que se le vaya a aplicar y de la perspectiva de recuperación si quiere o no continuar con su propia vida.

7.- Por lo cual, nuestra propuesta consiste en despenalizar, bajo ciertas condiciones, el homicidio a petición con móviles humanitarios (artículo 127), la ayuda al suicidio y el homicidio consentido (artículo 142) contemplados en el Nuevo Código Penal para el Distrito Federal, como una causa excluyente del delito siempre que medie el consentimiento del sujeto pasivo, mediante un documento legal, fedatado por notario público, en el cual sea plasmada la manifestación de la voluntad fehaciente, es decir, que se conceda al sujeto pasivo la posibilidad de emplear su derecho legal a la autodeterminación extendido hasta el momento de su propia muerte.

8.- Las controversias que se han suscitado con relación a la práctica de la eutanasia, que han sido llevadas a juicio en las cortes de diversos países, son principalmente, casos en los cuales las personas no tienen la capacidad para tomar decisiones relativas a su vida, es decir, no pueden manifestar su consentimiento, por encontrarse en un estado que les impide expresarse por sí mismos y en consecuencia las cortes

no han aceptado las solicitudes de familiares para la aplicación de la eutanasia, por no contar con una prueba fehaciente, que indique que la persona de haber podido expresar sus deseos hubiera preferido morir.

9.- Es absolutamente indispensable que tengamos en mente que la eutanasia debe ser siempre voluntaria, previa manifestación de la voluntad fehaciente y debe aplicar solamente a enfermos terminales o desahuciados, o bien, a aquellos aquejados de dolencias que hagan su vida sufrible e intolerable, que pueden o deben tener la oportunidad de escoger su muerte y no verse obligados a sufrir un encarnizamiento terapéutico, sufrimiento prolongado, innecesario y económicamente costoso.

10.- Crear un documento legal para que las personas puedan plasmar la manifestación de la voluntad fehaciente sobre el final de su vida, representaría un paso adelante en lo legislativo, y se concede a las personas, bajo seguridad jurídica, el derecho a decidir, aceptar, o rechazar un tratamiento o la aplicación de la eutanasia, sobre todo cuando la vida ya se encuentra irremediabilmente comprometida. El objeto principal de crear este documento legal, es prever controversias respecto al consentimiento del sujeto pasivo, en los casos en que este último no pudiera realizar dicha manifestación por encontrarse en un estado que le impida expresarse por sí mismo, como sería el estado vegetativo persistente y en general, que se garantice el derecho de todas las personas que acepten dicho documento, de que se les respete su voluntad hasta el último momento de su vida.

BIBLIOGRAFÍA

Álvarez del Río, A. "A las puertas del dolor", Nexos, 2003; 307: 40-44.

_____, Práctica y Ética de la Eutanasia, Fondo de Cultura Económica, México, 2005.

Améry, Jean. Levantar la mano sobre uno mismo. Discurso sobre la muerte voluntaria. Ed. Pre-Textos, Valencia, 1ª ed., 1999.

Antón Oneca, José y Rodríguez Muñoz, J. I., Derecho Penal. Parte general, Madrid, Gráfica Administrativa, 1949. vol. I.

Baird, R., y S. Rosenbaum, Eutanasia: los dilemas morales, Alcor, Barcelona, 1992.

Bettioli, Diritto Penale. Parte General, Palermo, 1945.

Bioética. Temas y perspectivas, Organización Panamericana de la Salud, Washington, 1990, (Publicación científica, 527).

Bok, Sissela, "Choosing Death and Taking Life", *Euthanasia and Physician-Assisted Suicide*, Inglaterra, Cambridge University Press, 1998.

Cano Valle, F., Díaz Aranda y E. Maldonado, Eutanasia. Aspectos jurídicos, filosóficos, médicos y religiosos, UNAM, México, 2001.

Carrancá y Trujillo, Raúl y Carrancá y Rivas, Raúl, Derecho penal mexicano, parte general, 16ª ed., México, Porrúa, 1991.

Carrara Francesco, Programa del curso de derecho criminal, trad. de Sebastián Soler de la 11ª edición italiana, Buenos Aires, Depalma 1944, t. II.

Casado González, María, *La eutanasia: aspectos éticos y jurídicos*, Madrid, Reus, 1994.

Cervantes Merino, J. Fdo. Apuntes de Derecho Procesal Penal, Universidad Latina, México, 2003.

Cuello Calón, Eugenio, *La moderna penología*, Barcelona, Bosch, 1974.

Chávez, I. Morir digno y decisión médica. Eugenesia y eutanasia médicas. Simposio Syntex. México, 1979.

Díaz Aranda, Enrique, *Del suicidio a la eutanasia*, México, Cárdenas Editor, 1998.

_____, *Dogmática del suicidio y homicidio consentido*, Madrid, Universidad Complutense, Facultad de Derecho, 1995.

Diccionario Jurídico Espasa, Editorial Espasa Calpe, S. A., Madrid, 2001.

Díez Ripollés, José Luis y Muñoz Sánchez, Juan (coords.), *El tratamiento jurídico de la eutanasia: una perspectiva comparada*, Valencia, Tirant lo Blanch, 1996.

Dorland. Diccionario Enciclopédico Ilustrado de Medicina. Volumen II. 26ª. Edición, 1986. México: Nueva Editorial Interamericana S.A. de C.V.

Dyre, C., "Woman makes legal history in right to die case", *BMJ*, 2002; 324: 629.

Escobedo, F. Comentario. Eugenesia y eutanasia médicas. Simposio. Syntex. México, 1979.

Fonnegra de Jaramillo I. De cara a la muerte. Cómo afrontar las penas, el dolor y la muerte para vivir plenamente. Andrés Bello editorial. Colombia, 1999.

Gafo, J. (ed.), *Bioética y religiones: el final de la vida*, Universidad Pontificia Comillas, Madrid, 2000, pp. (Dilemas éticos de la medicina actual, 13).

_____, "Eutanasia y el derecho a morir en paz", en J. Gafo et al., *La eutanasia y el derecho a morir con dignidad*, Ediciones Paulinas, Madrid, 1984.

_____, "La tradición católica", en J. Gafo (ed.), *Bioética y religiones: el final de la vida*, Universidad Pontificia Comillas, Madrid, 2000, (Dilemas éticos de la medicina actual, 13).

García Ramírez, Sergio, "Derecho Penal" *El derecho en México una visión de conjunto*, México, UNAM, 1991.

Gaviria Díaz, Carlos, *Rescate de la dignidad*; Sánchez Torres, Fernando, "Dilema médico", *El Tiempo*, sección Lecturas Dominicales, Santa Fe de Bogotá, febrero de 2001.

Gracia, D., "Historia de la eutanasia", en S. Urraca (ed.), *Eutanasia hoy. Un debate abierto*, Noesis, Madrid, 1996.

Humphry, D., y A. Wickett, *The right to die*, Helmock Society, Oregon, 1990.

Islas de González Mariscal, Olga, *Análisis lógico de los delitos contra la vida y la integridad corporal*, 2ª ed., México, Trillas, 1985.

Jiménez de Asúa, Luis, *Principios de Derecho Penal. La Ley y el Delito*, 3ª ed., Ed. Sudamericana, Buenos Aires, 1990.

Kastenbaum, R., y B. Kastenbaum, *Encyclopedia of Death*, Avon Books, Nueva York, 1993.

Kevorkian, J., Eutanasia. La buena muerte, Grijalbo, Barcelona, 1991.

Kmietowicz, Z., "Woman who won right to refuse treatment dies", BMJ, 2002; 324: 1055.

Kubler-Ross, E. Sobre la muerte y los moribundos. Ed. Grijalbo. Barcelona, 1ª ed. 1969.

Kûng, H., y W. Jens, Morir con dignidad. Un alegato a favor de la responsabilidad, Trotta, Madrid, 1997.

Kuthy, M.I. Simposium: Manejo ético y humano del paciente terminal y su entorno familiar. Temas selectos sobre humanismo en medicina. México, 1998.

Lock , S., J. Last y G. Dunea, The Oxford Illustrated Companion to Medicine, Oxford University Press, Oxford, 2001.

López Betancourt, Eduardo. Teoría del delito, Editorial Porrúa, México, 2006.

Lozano Villegas, Germán, El valor normativo de las sentencias de la Corte Constitucional con ocasión del control abstracto y su incidencia en sistema de fuentes del derecho: el caso colombiano, Santa Fe de Bogotá, Publicaciones Universidad Externado de Colombia, marzo de 2000.

Maggiore, Giuseppe, *Derecho penal*, 2 ts., trad. de la 5a. ed. italiana, Bogotá, Temis, 1954.

Marx, Karl F. H., "Medical euthanasia", en Stanley Joel Reiser et al., Ethics in medicine. Historical perspectives and contemporary concerns, pp. 495-497, editado por Stanley Joel Reiser, Arthur J. Dyck y William J. Curran, MIT Press, Cambridge, Mass., 1997.

Moya L. Sobre la marcha. Madrid: Edibesa, 1996.

Muñoz Conde, Francisco y García Aran, Mercedes, Derecho penal. Parte general, 2a. ed., Valencia, Editorial Tirant lo Blanch, 1996.

Nietzsche F: *Así habló Zaratustra*. Trad. de Andrés Sánchez Pascual. Madrid: Alianza Editorial, 1ª ed., 1987.

Núñez Paz, Miguel Ángel, *Homicidio consentido, eutanasia y derecho a morir con dignidad. Problemática jurídica a la luz del Código Penal de 1995*, Madrid, Tec-nos, 1999.

Ocampo-Martínez, J. Medicina Paliativa en pacientes en fase terminal. An Med Asoc Med Hosp ABC. 2001.

Pavón Vasconcelos, Francisco, Manual de Derecho Penal Mexicano. Parte General, 2ª ed., Ed. Porrúa, S.A., México, 1967.

Pérez Valera, V. M., *Eutanasia. ¿Piedad? ¿delito?*, México, Jus, 1989, p.95.

Plascencia Villanueva, Raúl. Teoría del delito, UNAM, México, 2004.

Platón, Obras completas, Aguilar, Madrid 1981.

R. Dworkin, *Life's dominion. An argument about abortion, euthanasia, and individual freedom*, Vintage Books, Nueva York, 1994.

Rebolledo Mota, Federico, Aprender a morir. "Fundamentos de Tanatología Médica". Distribuidora y Editora Mexicana. México, 2003.

Reich, W. T. (ed.), *Encyclopedia of Bioethics*, edición revisada, 5 vols., Simon & Schuster Macmillan, Nueva York, 1995.

Reyes Zubiría L. A., *Curso Fundamental de Tanatología*, Tomo IV Suicidio, Ed. Triple A Diseño, S.A. de C.V. 1ª ed. 1999.

Roldan González, Julio, *Ética médica*, 2a. ed., México, Ediciones de la Universidad La Salle, 1984.

Singer, P., *Rethinking life and death. The collapse of our traditional ethics*, St. Martin's Griffin, Nueva York, 1994.

Solano, Edgar, *Las sentencias manipulativas y el respeto a la democracia en Colombia*, Santa Fe de Bogotá, Universidad Externado de Colombia, diciembre de 2000.

Soler, Sebastián, *Derecho penal argentino*, Buenos Aires, Editorial Tipográfica Argentina, 1956, t. II.

Ten Have, H., "Eutanasia: la experiencia neerlandesa", en *Morir con dignidad: Dilemas éticos al final de la vida*, Fundación de Ciencias de la Salud/Doce Calles, Madrid, 1996.

Thielicke, H., *Vivir con la muerte*, Ed. Herder, Barcelona, 1ª ed., 1984.

Thomasma, D., T. Kimbrough-Kushner, G. Kimsma y C. Ciesielski-Carlucci (eds.), *Asking to die. Inside the Dutch debate about euthanasia*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, 1998.

Urraca, S., "Eutanasia: concepto y contexto", en S. Urraca (ed.), *Eutanasia hoy. Un debate abierto*, Noesis, Madrid, 1996.

Vidal M. Eutanasia: un reto a la conciencia. Madrid: S. Pablo, 1994.

Villalobos, Ignacio, *Derecho penal mexicano. Parte general*, 2a. ed., México, Porrúa, 1960.

Welzel, Hans, *Derecho penal alemán*, 11 ed., trad. Juan Bustos Ramírez y Sergio Yáñez Pérez, Chile, Editorial Jurídica de Chile, 1976.

Wessels, Johannes, *Derecho penal. Parte general*, trad. de la 6a. ed. alemana, Buenos Aires, Depalma, 1980.

LEGISLACIÓN

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Editorial Porrúa, México, 2005.

Nuevo Código Penal para el Distrito Federal. Editorial Sista. México, 2005.

Ley General de Salud. Editorial Porrúa. México, 2005.

Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. Editorial Porrúa. México, 2005.

HEMEROGRAFÍA

El País, 14 de abril de 1999.

El País, 7 y 23 de marzo de 2002.

Revista Humanitas, Humanidades Medicas- Volumen 1 - Número 1 - Enero-Marzo 2003.

Yeoman, B., "Death with dignity", AARP Magazine, marzo-abril de 2003.

Zugaldía Espinar, José Miguel, "Algunas consideraciones sobre la eutanasia en las legislaciones penales de Colombia y España", *Revista Chilena de Derecho*, vol. 14, núms. 2-3, mayo-diciembre de 1987.

FUENTES ELECTRÓNICAS

www.aarpmagazine.org/Articles/a2003-01-14-dignity.html/page=1

www.asambleadf.gob.mx

www.cnn.com, 22 de marzo de 2002.

www.elpais.es/articulo/Comunidad/Valenciana/vida/muertes/cotidianas/elpepiautval/19990414elpval_26/Tes/

www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/jurid/cont/19/pr/pr23.pdf

www.minbuza.nl/default.asp?CMS_ITEM=MBZ461022#P22_201

www.parlamento.gub.uy/Codigos/CodigoPenal/Cod_Pen.htm

www.scjn.gob.mx/ius2005/UnaTesislnkTmp.asp?nlus=295224&cPaIPrm=CONSENTIMIENTO,&cFrPrm=

www.secretariasenado.gov.co/leyes/SC239_97.HTM

www.senado.gob.mx/sgsp/gaceta/?sesion=2005/05/18/1&documento=25

www.vaticano.com