



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES



*ANÁLISIS SOCIOLÓGICO SOBRE EL DEBATE DE LA
EUTANASIA*

ENSAYO

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN SOCIOLOGÍA

PRESENTA

LUIS ANTONIO VILLAGRÁN HERNÁNDEZ

DIRECTORA:

DRA. MARÍA ASUNCIÓN ÁLVAREZ DEL RÍO

2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos:

Este trabajo de investigación no hubiera sido posible sin el apoyo de mi familia, profesores, amigos y pareja.

Muy especialmente quiero agradecer a la Dra. María Asunción Álvarez del Río por la asesoría de éste trabajo de investigación.

Con todo cariño a mi madre y hermanos: Enriqueta Hernández Carreón, José Rodrigo Villagrán Hernández, y Ana Laura Villagrán Hernández.

A mis profesores: Lic. Alejandro Labrador Sánchez, Dr. José Luis Talancón Escobedo, Mtra. Claudia Bodek Stavenhagen, Dr. Jorge Alejandro González Sánchez, Dr. Carlos Imaz Gispert, Dr. Erwin Antonio Stephan-Otto Parrodi, por sus consejos y comentarios que sirvieron de guía para mi formación académica.

A mis compañeros y amigos de la Facultad: Elisa Porte Petit Morales, Alma Elia Quiroz Fuentes, Adriana Blancas Pérez, Karla Daniela Pineda Dorantes, Aarón Hernández Hernández y Cindy Gonzáles Viniestra.

Luis Antonio Villagrán

Junio del 201

ÍNDICE

Introducción.....	4
Capítulo I. EL PANORAMA DE LA EUTANASIA Y OTROS CONCEPTOS	
La cuestión de la eutanasia.....	7
La eutanasia a través de la historia.....	9
Casos históricos importantes.....	17
Delimitación del concepto eutanasia.....	24
Tipos de eutanasia y otros conceptos.....	28
El suicidio asistido.....	33
Capítulo II. CRITERIOS IMPORTANTES QUE GIRAN EN TORNO AL INDIVIDUO	
El sentido de la dignidad humana	35
Principio de autonomía.....	37
El miedo y el dolor ante la muerte.....	40
Los cuidados paliativos.....	44
Capítulo III. LA EUTANASIA EN LA SOCIEDAD MODERNA: DEBATE Y LEGISLACIÓN	
El surgimiento de la bioética y la sociedad moderna.....	48
La postura de la religión católica.....	52
Proceso de legislación de la eutanasia en los Países Bajos.....	55
Estudio comparativo entre México y los Países Bajos.....	60
Argumentos a favor y en contra de la legalización.....	66
¿Posible legalización de la eutanasia en México?.....	69
Conclusiones.....	74
Glosario.....	76
Anexo 1.....	79
Anexo 2.....	88
Anexo 3.....	101
Anexo 4.....	106
Anexo 5.....	114
Bibliografía.....	124

Introducción

Actualmente en nuestro país, solo la ciudad de México cuenta con una ley que favorece los derechos de los enfermos cuyo padecimiento es mortal e irreversible, aunque dicha ley representa un avance, no es precisamente una opción para todos, por lo que es necesario ampliar los mecanismos necesarios para que cuando un paciente enfermo se encuentre en dicha situación desfavorable, cuente con el apoyo necesario por parte del Estado para ejercer su voluntad sobre la forma en que éste va a morir, ya que nuestros representantes políticos olvidan que todos nosotros, incluyéndolos a ellos, en algún momento enfrentaremos la culminación de la vida. Por ello he escogido el tema de la eutanasia, pues pienso que es necesario estudiar el tema, definir claramente el significado de éste y debatir si es posible llegar a una legalización de la eutanasia activa, no solo en la ciudad de México, sino en todo el país.

El debate contemporáneo sobre la eutanasia, tiene como objetivo no sólo lograr una ley despenalizadora, sino buscar que los individuos hagan conciencia y reflexionen que en cualquier momento de la vida todos estaremos en una situación de aproximación a la muerte, por ello debemos pensar sobre qué es lo mejor para cada uno de nosotros y exigir que se respeten nuestros derechos y las decisiones que tomemos, así como obtener de las instituciones la facilidad de los medios necesarios para hacer posible que la muerte humana tenga la mayor dignidad y menor sufrimiento posible. Además de que la aprobación de una ley despenalizadora liberaría a

médicos, pacientes y familiares del riesgo de ir a la cárcel si llegaran a participar en ayudar a morir a un enfermo terminal.

Defender la eutanasia no es despreciar al enfermo ni tener como objetivo eliminar una vida inútil, sino un acto de defensa de la autonomía y también de la dignidad de las personas. Es importante destacar que el debate de la eutanasia también despierta la importancia sobre el cuidado de los enfermos terminales y los cuidados paliativos que deben recibir si su decisión no es la eutanasia.

La presente investigación pretende analizar desde la mirada sociológica al fenómeno de la eutanasia, ya que en nuestra actualidad la sociedad demanda cada vez más ejercer una mayor libertad que permita decidir sobre su propia muerte. El tema de la muerte siempre ha sido un tema difícil de tratar en la mayoría de las culturas, debido a la gran cantidad de paradigmas que le rodean. Pero también podremos ver que el tema de la eutanasia no es un tema nuevo, ya que se ha discutido desde la época de la antigua Grecia, pues en esta cultura ya se habían llevado debates sobre el tema, aunque posteriormente fracasaron debido al auge del cristianismo y la inminente aceptación del juramento hipocrático.

El ser humano siempre ha mostrado una preocupación acerca del significado de la vida y lo que ello representa, pues a través de la historia hemos podido observar que el desarrollo de la medicina se ha aferrado a la

conservación de la vida, pero se ha olvidado de qué clase de vida es la que se está tratando de conservar, volviéndose un mero discurso.

Hoy en día existen enfermedades sumamente dolorosas, como el cáncer, que desafortunadamente en muchos de los casos cuando se detecta ya es muy tarde y sólo se debe esperar a que la enfermedad culmine con la muerte, lo que resulta aun más doloroso tanto para el enfermo como para sus familiares.

El impacto social que han tenido estos escenarios ha llevado a la necesidad de una reflexión sociológica de la situación que implica esclarecer las decisiones del médico y del paciente; tales decisiones involucran a disponer de la vida propia y del derecho de hacer valer por adelantado las decisiones personales.

Capítulo I. EL PANORAMA DE LA EUTANASIA Y OTROS CONCEPTOS

La cuestión de la eutanasia

Actualmente el debate sobre la eutanasia ha adquirido mayor fuerza en varios países del mundo, manifestando diferentes posturas a favor o en contra de ésta. Fue en el año 2001 cuando en los Países Bajos se aprobó la ley de despenalización de la eutanasia, estableciendo las bases precisas de su regulación para su adecuada práctica. Siendo éste el primer país en tomar conciencia de otorgar a sus enfermos la libertad de decidir cómo quieren morir y la oportunidad de aminorar sus fuertes dolores.

Tomando en cuenta que la eutanasia ya era tolerada en los Países Bajos, mas no legal, con su despenalización el Parlamento por primera vez definió legalmente el concepto de eutanasia y clarificó su práctica, acabando con la clandestinidad, pues era un problema social que se venía dando muchos años atrás. Siguiendo el ejemplo Neerlandés, en los meses posteriores Bélgica¹ legalizó también la práctica de la eutanasia y posteriormente Luxemburgo²

El primer lugar en el mundo donde se legalizó el suicidio asistido* fue en el estado de Oregón en Estados Unidos, los Países Bajos causaron gran

¹ Proposition de loi du 09 juillet 2001 relative à l'euthanasie Document adopté par le Sénat (Proyecto de ley de 09 julio de 2001 sobre la eutanasia Documento aprobado por el Senado) <http://www.jurivie.org/>

² H. Builting, J.J.M. Van Delden, B. Onwuteaka-Philipsen, J. Rietjens, et al. *Reporting of euthanasia and physician-assisted suicide in the Netherlands: descriptive study. BMC Medical Ethics* 2009; 10: 18-27.

* A diferencia de la eutanasia, en el suicidio asistido el médico prescribe una dosis letal de medicamentos al paciente para que éste mismo se los aplique, el médico no participa en la administración directa de la dosis letal.

impacto en el mundo al aprobar la ley despenalizadora de la eutanasia, además de encabezar los debates más importantes sobre la eutanasia a nivel mundial.

Fuera de los Países Bajos, Bélgica, Luxemburgo, el estado de Oregon, Washington y recientemente Montana³ en ningún otro país o estado es legal la práctica de la eutanasia activa, sin embargo en muchos países está permitida la eutanasia pasiva y en algunos otros como Australia, China, Dinamarca, Gran Bretaña, Suiza y Uruguay se han tomado decisiones jurisprudenciales que toleran la eutanasia activa.⁴

Debemos tomar en cuenta que nos encontramos en un siglo de grandes cambios, de nuevos estilos de vida y de tecnología cada vez más sofisticada en donde la sociedad exige nuevas actitudes, por ello es necesario comenzar a debatir y sobre todo analizar cuidadosamente estos cambios que nos convienen como sociedad. En este caso se trata de hacer conciencia del momento al que todos en un futuro estaremos expuestos, cuando estemos cerca de la muerte y las decisiones que debemos tomar.

³D. Arce. Montana Supreme Court rules physician assisted suicide not banned by state law. *Juriste Legal News & Research*, January 01, 2010

⁴Valadés Diego. *Convicciones de tipo religioso frenan la decisión de morir*. EL UNIVERSAL 07 /03 /08

La eutanasia a través de la historia

La historia revela que desde las antiguas culturas se ha consentido la práctica de la eutanasia, pues es a partir de los griegos y los romanos donde comienza a tomar su forma doctrinaria, junto con la aceptación del suicidio. Durante la época arcaica en Grecia, Sócrates invocaba a Esculapio, dios de la medicina, quien no intentaba curar lo incurable ni alargar vidas inútilmente, este filósofo defendía el aspecto noble de la muerte y la consideraba una opción para todos aquellos que no encontraban otra solución a sus penas o dolores de la vida.⁵ También se hacía mención sobre la utilidad de dicho acto tanto para el individuo mismo, como para el Estado o Polis, los griegos por ejemplo, aceptaban el suicidio bajo ciertas condiciones y los principales defensores de este acto eran los epicúreos y los estoicos. En el caso de los epicúreos, decían que no toda desdicha justificaba el suicidio, pero cuando el placer y la denominada *ataraxia*⁶ eran fuertemente amenazados o resultaban difíciles de alcanzar, estaba totalmente justificado darse muerte a uno mismo, con la certeza de que tal decisión fuera consecuencia de un cálculo racional y prudente. En Atenas, los magistrados disponían de veneno* para aquellos que deseaban morir, lo único que tenía que hacer el demandante del suicidio era obtener un permiso oficial. En Ceos, como práctica utilitaria se tenía la costumbre de exigir a los ancianos el suicidio

⁵ Kraus, A. Y Álvarez, A. *LA Eutanasia* México, Ed. Tercer Milenio, México D.F.1999 p. 8.

⁶ Del griego ἀταραξία, significa "ausencia de inquietud", "tranquilidad de ánimo". Demócrito usó el término ataraxia al declarar que la felicidad es placer, bienestar, armonía, simetría y ataraxia". Pero fueron los epicúreos, los estoicos y los escépticos quienes colocaron la noción e ataraxia en el centro de su pensamiento. Según el índice proporcionado por C. J. de Vogel (Greek Philosophy, III, 1959), la noción en cuestión fue tratada especialmente por Epicuro, Epicteto, Pirrón y Arcesilao. Según Epicuro, la felicidad se obtiene mediante la ausencia de pena o dolor y por la ataraxia. De ellas gozan los dioses, los cuales no se ocupan ni del gobierno del cosmos, ni de los asuntos humanos. (VEASE Ferrater Mora José. Diccionario de Filosofía. ED. Sudamericana, Buenos Aires Argentina)

*La Cicuta; un poderoso veneno que usaban los antiguos griegos.

una vez cumplidos sus sesenta años. En Roma, también se reconocían las virtudes del suicidio, considerándolo una alternativa preferible a la prolongación de una vida indigna.

Platón sostiene que el Estado debe velar por la salud y por las personas sanas, y dejar a los enfermos incurables librados a su propia muerte ⁷

Plinio el Viejo* expresaba:

“De los bienes que la naturaleza concedió al hombre, ninguno hay mejor que una muerte oportuna, y óptimo es que cada cual pueda dársela a sí mismo”. Vivir noblemente incluía morir dignamente, se evitaba el dolor, el deshonor o simplemente el desgaste de la vida.”⁸

Entre los griegos, podemos ubicar como los principales defensores del suicidio y la eutanasia a Epicúreo, Esculapio, Platón y Plinio, por otro lado está la filosofía de Hipócrates, quien elaboró el famoso “no mataré” o el “no suministraré veneno a mis pacientes” del cual trascendió el juramento hipocrático de los médicos:

“Llevaré adelante ese régimen, el cual de acuerdo con mi poder y discernimiento será en beneficio de los enfermos y les apartará del prejuicio y el terror. A nadie daré una droga mortal aún cuando me sea solicitada, ni daré consejo con este fin. De la misma manera, no daré a ninguna mujer supositorios destructores; mantendré mi vida y mi arte alejado de la culpa”. ⁹

⁷ Recuero, José Ramón. *La Eutanasia en la encrucijada*, ed. Biblioteca Nueva, Madrid 2004 p. 90.

* Plinio el Viejo fue escritor y naturalista. Nació en Italia en el año 23 y murió en agosto del año 79.

⁸ *Ibid.* p.8.

⁹ Jaramillo Antillón Juan *Historia y filosofía de la medicina*, Univ. de Costa Rica, San José, 2004 p. 34.

Siglos más tarde, con el surgimiento del cristianismo, se consideró al suicidio, el más grave de los pecados por violar el mandamiento que prohíbe matar, sin dar oportunidad para arrepentirse, y por ser un acto contra la ley de la naturaleza y la caridad, pues se consideraba a la vida como un don divino, por lo que sólo a dios le correspondía quitarla y por lo tanto los sufrimientos se tenían que soportar. En el siglo IV, cuando San Agustín redacta una descripción del suicidio como un acto detestable y de abominable perversidad, como afirmación de esto, en 1533, en el Concilio de Orleáns se decretó que a todos aquellos que cometieran suicidio no se les aplicarían los rituales ordinarios de la iglesia católica tras su muerte.¹⁰

Es en 1516, cuando Tomás Moro en su libro *Utopía**, aboga por la eutanasia para los casos incurables y da la responsabilidad del acto eutanásico a los sacerdotes y a los magistrados, pues dice que en ellos debe recaer el estudio de caso y la decisión que hubiera de tomarse. En este momento comienza a aparecer el concepto médico y moral de la eutanasia asociado con los males incurables e irremediables, el autor también argumentaba que el enfermo podía liberarse o permitir que otros lo liberaran a través de la muerte.

En el siglo XVII el término eutanasia es recalcado por Francis Bacon, quien, lo relaciona con el esfuerzo por ayudar al moribundo con todos los medios disponibles para escapar de las angustias de los últimos momentos de la vida para que llegada la hora pudiera morir con calma y tranquilidad. Al

¹⁰ Behar, Daniel .*Cuando la vida ya no es vida ¿Eutanasia?* Ed. Pax, México 2007 p. 21.

*Moro, Tomas, *Utopía*. Ed. Zero. Madrid, 1971

entrar la época del Renacimiento, la actitud ante el suicidio cambió radicalmente, pues la gente más ilustrada dejó de verlo como un pecado imperdonable.

Hume pensaba que el suicidio se debía practicar cuando se admitiera que la edad, la enfermedad o la desdicha pudieran convertir la vida en una desgracia, pero consideraba que ningún hombre debía renunciar a su vida si ésta mereciera conservarse.¹¹ También criticaba la posición que tenía la iglesia frente al suicidio, pues dicho autor negaba la existencia de la ley divina o natural que lo prohibiera, pues sólo aceptaba como realidad lo que se pudiera constatar mediante los sentidos, expresaba que:

*"si el disponer de la vida humana fuera algo reservado exclusivamente al todopoderoso, y fuese un infringimiento del derecho divino el que los hombres dispusieran de sus propias vidas, tan criminal sería el que un hombre actuara para conservar la vida, como el que decidiese destruirla".*¹²

Esta cita se refiere a que si dios fuera el único que pudiera disponer de nuestras vidas, entonces sería pecado mortal tanto acabar con la vida propia como intentar prolongarla, y dado que el uso de la medicina está destinado a luchar contra la muerte y prolongar la vida, entonces la medicina también es pecado.

¹¹ Hume, David, *Sobre el suicidio y otros ensayos*, Ed. Alianza, Madrid, 1986 p. 138.

¹² *Ibid* p. 121

* Karl F. H. Marx (1976-1877), no confundirse con el filósofo, economista y padre del socialismo; Karl Marx (1818-1883)

Al inicio del siglo XIX el médico Karl Marx* presentó su tesis oral llamada "Eutanasia médica", en la cual criticaba a los médicos que trataban enfermedades en lugar de pacientes enfermos y abandonan a estos cuando no tenían cura. Marx decía:

*"No se espera que el médico evite la muerte, sino que tengan el saber necesario para aliviar el sufrimiento y sepan aplicarlo cuando ha desaparecido toda esperanza."*¹³

Posteriormente Arthur Schopenhauer recalcó el derecho que tiene el hombre a disponer de su propia vida; "Cuando los terrores de la vida pesan más que los terrores de la muerte, el hombre debe terminar con su existencia".

Para este autor el simple hecho de vivir no es un valor supremo; claro está que se debe defender si vale la pena, pero si la vida se ve consumida por el dolor y la desgracia entonces carece de sentido.

En 1817, Émile Durkheim argumenta que el suicidio es:

"todo caso de muerte que resulte directa o indirectamente de un acto positivo o negativo realizado por la víctima misma, sabiendo ella que debía producir este resultado" ¹⁴

¹³ Ibíd. p. 17.

¹⁴ Durkheim, Émile, *El suicidio*. Ediciones Coyoacán, México DF. 2004, p. 16.

Este autor clasifica al suicidio en tres tipos; el suicidio egoísta, el suicidio altruista y el suicidio anómico.

El suicidio egoísta se manifiesta cuando los vínculos sociales son demasiado débiles para comprometer al individuo con su propia vida. Durkheim justifica esta categoría mediante un análisis estadístico que realiza sobre el suicidio en los países europeos, percatándose de que la tasa de suicidios es diferente entre países y comunidades. Por ejemplo que en los países católicos la tasa de suicidios era menor que en los protestantes, pues aunque las dos religiones prohíben rotundamente el suicidio, la iglesia católica impone sus creencias a los fieles, estableciendo que la biblia ya tiene una interpretación y no permite que el individuo tenga sus propias conclusiones, ya que de ser así, estaría ofendiendo a dios. Esta religión al tener la aspiración de reinar las conciencias de sus creyentes, da un credo muy completo y una respuesta mística para todo, exigiendo fervientes de ciega sumisión, dicha situación hace que los individuos se mantengan unidos por los mismos lazos.

La iglesia protestante, a diferencia de la católica, no impone sus creencias, pues pone la biblia en las manos de sus seguidores y la deja a su libre interpretación, permitiendo así, que el individuo exprese sus creencias religiosas de manera individual. Por lo que siendo las sociedades protestantes de carácter individualista, el individuo carece de lazos fuertes que lo adhieran a la sociedad y a su propia vida. Por otro lado, el autor dice que los judíos se suicidan menos que los católicos, pues la mayoría de las

familias judías que vivían en Europa en el siglo XIX, se encontraban en estado precario, lo que hacía que los individuos dependieran más de otros, de tal forma que al requerir de mayor unión y solidaridad entre la sociedad para sobrevivir, la tasa de suicidios disminuía, pues el compromiso y el sentido de pertenencia frenaba la voluntad del individuo a suicidarse.¹⁵

En suicidio altruista, se halla una renuncia en favor de los otros, el individuo se da muerte al obedecer a imperativos sociales, sin pensar en reivindicar su derecho a la vida. Durkheim descubre en las estadísticas el aumento de la frecuencia de suicidios en el ejército, lo cual es interesante, pues dichos individuos pertenecen a un grupo muy integrado. En este caso, los militares de carrera se adhieren al sistema en el que están integrados, pues salvo casos excepcionales, no lo habrían elegido si no tuvieran un mínimo de lealtad. Por lo que están situados del lado contrario de los que se rehúsan a la disciplina de la vida familiar y que son incapaces de limitar sus deseos infinitos.¹⁶

El suicidio anómico se caracterizará por un estado de irritación y de disgusto que se da en las sociedades que se hallan en situación de desintegración, pues las estadísticas revelan un aumento de suicidios en los períodos de crisis económica. Otro aspecto importante es que la tasa de suicidios disminuye en los períodos de grandes acontecimientos políticos, así como también en temporada de guerra.¹⁷

¹⁵ Ibid p.126

¹⁶ Ibid 183

¹⁷ Ibid 206

Durkheim concluye que las causas reales del suicidio se dan por fuerzas sociales que varían según el tipo de sociedad, costumbres, religión etc., pues dichas causas impulsan a los hombres a la muerte, de modo que cada uno cree obedecer a su propio impulso, cuando no es más que el juguete de fuerzas colectivas.

En el año 1889 Nietzsche nos dice en su libro “*Crepúsculo de los ídolos o como se filosofa con un martillo*”:

El enfermo es un parásito de la sociedad. Hallándose en cierto estado es indecoroso seguir viviendo. El continuar vegetando es una cobarde dependencia de los médicos y de los medicamentos, después de que el sentido de la vida, el derecho a la vida se ha perdido, es algo que debería acarrear un profundo desprecio en la sociedad. Los médicos por su parte habrían de ser los intermediarios de éste desprecio –no recetas, sino cada día un nueva dosis de náusea frente a su paciente. Crear una responsabilidad nueva, la del médico, para que todos aquellos casos en que el interés supremo de la vida ascendente, exige el aplastamiento y la eliminación sin consideraciones de la vida degenerante- por ejemplo en lo que se refiere al derecho a la procreación, el derecho de nacer, el derecho a vivir. Morir con orgullo cuando ya no es posible vivir con orgullo. La muerte elegida libremente... No está en nuestra mano el impedir haber nacido, pero este error – pues a veces es un error- podemos enmendarlo. Cuando uno se suprime a sí mismo hace la cosa más estimable que existe...¹⁸

¹⁸ Nietzsche, Friedrich, Traducción de Sánchez Pascual Andrés, *Crepúsculo de los ídolos o como se filosofa con un martillo*. Ed. Alianza, Madrid 2002 p. 109 y 110.

Al hacer el recorrido por los siglos de la historia podemos observar que el término de eutanasia se ha visto como la manera de tener una “buena muerte”, mientras que al suicidio se le relaciona como una forma de evitar “la vida indigna”, dicha postura se conservó prácticamente hasta el Siglo XX. Es a partir de entonces que se comienza a ver a la eutanasia como la muerte dulce, causada médicamente y una opción al enfermo, cuyo dolor es extremadamente fuerte. Llegando así el siglo XXI se logra definir el concepto de manera legal primero en Los Países Bajos, seguido de Bélgica y Luxemburgo.

Casos históricos importantes

Existen una gran cantidad de casos sobre la aplicación de la eutanasia que han ocurrido en el mundo conmoviendo la opinión pública, a continuación haré una breve reseña de algunos casos controversiales:

El primer caso es de una chica norteamericana llamada Ana Karen Quinlan, la cual vivía una vida bastante tranquila y normal. Fue adoptada a los veinte días de su nacimiento y creció bajo la fe cristiana, el caso relata que fue el día 4 de abril de 1975, cuando Karen se disponía a celebrar junto con un grupo de amigos la fiesta de su cumpleaños y emancipación civil como persona, entró en una situación de nerviosismo, e ingirió algunos tranquilizantes. Ya en la fiesta, bebió ginebra y tónica, (de acuerdo con el resultado de los análisis que le efectuaron posteriormente, todo lo que ingirió lo hizo en proporciones normales) pero un par de horas más tarde sus

amigos se percataron de ciertas reacciones anormales en su conducta, por lo que la llevaron a su casa, de pronto se dieron cuenta que estaba inconciente y no respiraba, por lo que llamaron a una ambulancia y la trasladaron al hospital más cercano, al cual ingresó ya en estado de coma. Los dictámenes médicos de Ana Karen explicitaron lesiones cerebrales irreversibles lo que indicaba que el retorno a la vida conciente era imposible. En siete meses su peso bajo a 40 kilos y poco tiempo después a casi 20, presentando un encogimiento sobre si misma en una postura fetal, manteniéndola con respiración artificial y alimentación intravenosa. En éste caso la medicina no puede hacer más.

El 31 de julio, los padres de Ana Karen pidieron por medio de un escrito que se le retirara a su hija únicamente el respirador artificial, pues asesorados por el padre de su iglesia, dicho mecanismo se consideraba una medida extraordinaria, pero no la alimentación artificial, pues ésta era de carácter ordinario. Pero dicha petición fue negada por parte un Primer Juez de Nueva Jersey, por lo que éstos decidieron recurrir al Tribunal Supremo de dicho estado, el cual el 31 de enero de 1976 les concedió el permiso de desconectar el respirador artificial con base en el derecho constitucional a la privacidad, que permite a los familiares de un paciente incompetente discontinuar apoyos de vida artificial.¹⁹

En este caso podemos observar que la decisión fue éticamente necesaria, pues su condición en permanente estado vegetativo fue calificada como

¹⁹ Singer Peter, *Repensar la vida y la muerte. El derrumbe de nuestra ética tradicional*, Paidós, Barcelona 1997 p 72 en Álvarez Del Río Asunción, *Practica y ética de la eutanasia*, Ed. FCE, México 2004 p. 118

irreversible y se consideraba remota la posibilidad de recuperación.²⁰ Lo sorprendente fue que la joven siguió respirando por sí sola, muriendo diez años después del fatal accidente.

Un segundo caso importante y que causó gran revuelo en España es el de Ramón Sampredo, pues su causa puso el tema sobre el derecho a la muerte en dicho país.

En 1968, Ramón Sampredo dio un salto al mar desde una roca, dado que la marea había bajado, el choque de su cabeza contra la arena le produjo una fractura de la séptima vértebra cervical, lo que lo convirtió en tetrapléjico a la edad de 25 años. Durante treinta años vivió deseando liberarse de su sufrimiento por medio de su muerte. En el año de 1993 tomó la decisión de reclamar su derecho a morir dignamente, pues aunque no se trataba de un enfermo terminal, él consideraba que su vida carecía de la calidad suficiente para ser vivida.²¹ Su demanda jurídica llegó al Tribunal de derechos humanos de Estrasburgo pero no tuvo éxito, lo que a éste le pareció una actitud intolerante por parte del gobierno:

“En abril de 1993 tomé la determinación de reclamar la eutanasia como un derecho personal. Nunca hubiese imaginado tanto terror y supersticiones ocultas. Parece como si se hubieran conjurado todos los necios de la tierra para hacerme desistir de seguir por ese camino, según ellos voy errado. No

²⁰ Sánchez Jiménez Enrique *La eutanasia ante la moral y el hecho*. Universidad de Sevilla Secretariado de publicaciones, Sevilla 1999 p. 53.

²¹ Serrano Ruiz-Calderón, José Miguel, *La Eutanasia*, Ediciones internacionales universitarias de Madrid, Madrid 2007 p. 20.

*me guía otro interés que el de mostrar que la intolerancia del Estado y la religión son como una idea fija. Son los enemigos naturales de la vida y los responsables de la destrucción del hombre como individuo”.*²²

Ramón Sampedro descartó toda posibilidad de adaptación, dejando como única opción el derecho a su propia muerte. Este caso tuvo una gran controversia debido a que este hombre no se encontraba en una condición que a la vista fuese tan deplorable como la de un enfermo de cáncer en fase terminal, pues según expertos en lesiones de cervicales, sólo la lesión de la primera cervical y si a caso la segunda eran graves, pues conforme van numerándose va disminuyendo la gravedad del problema, de manera que una lesión a la altura de la séptima cervical resultaba la más leve de las tetrapléjicas. Existen muchas personas en condiciones similares que han podido llegar a vivir solas, ya que pueden tomar objetos, conducir, etc.²³

Por otro lado está el dolor mental, aquel que no se ve, que sólo se siente y puede ser de los peores dolores, pues cuando dicho dolor es tan grande no existe droga alguna que pueda curarlo o minorizarlo, tal vez algunos puedan seguir adelante, pero hay otros que no y a éstos no se les puede dejar de lado, pues ¿quienes somos nosotros para juzgar el dolor ajeno?, ¿Acaso existe una escala del dolor no físico para hacer juicios sobre éste?

Estas son las palabras de Ramón:

²² Sampedro Ramón, *Cartas desde el infierno*, 10ª, Editorial Planeta, Barcelona 2005, p 13.

²³ Romañach, Javier, *Los errores sutiles del caso Sampedro*, Revista Cuenta y razón del pensamiento actual nº 135, 2004 p.73-90

“Si hubiese sido un animal, habría recibido un trato acorde con sentimientos humanos más nobles. Me habrían rematado porque les habría parecido inhumano dejarme en ese estado para el resto de mi vida. ¡A veces es mala suerte ser un mono degenerado!”²⁴

Ramón Sampetro, quien vivió treinta años en estado tetraplégico y que en enero de 1998 ,en secreto y ayudado por una alguien más, consignó su propósito con la administración de un veneno que le produjo una larga agonía. En este caso, creo que si el Tribunal Superior, al ver que dicho hombre ya había agotado todas las opciones y que lo único que deseaba era la muerte, le hubiese concedido el derecho de terminar con su vida, su muerte habría sido rápida e indolora.

El tercer caso se trata de un médico que ayudaba a sus pacientes a morir, su nombre es Jack Kevorkian, conocido como el “doctor de la muerte”. Kevorkian fue solicitado en 130 casos de suicidio asistido entre 1990 y 1998, en su libro *Prescription medicine: The goodness of planned death** explica sus puntos de vista sobre la eutanasia y el suicidio asistido, también explica su invento patentado como la maquina del suicidio denominada “The Mercitron”, la cual inventó para conseguir un suicidio indoloro mediante la inyección de sustancias letales. Todo el proceso es acompañado y supervisado por el médico, el cual practica una punción en la vena del enfermo para gotear una solución salina. El paciente acciona por sí mismo el Mercitron y lo activa para que se le administren los demás medicamentos:

²⁴Ibíd. p. 5.

tiopental, que causa un coma profundo en treinta segundos aproximadamente y cloruro de potasio, que paraliza el músculo cardíaco en unos minutos. La muerte se produce por paro cardíaco, sin dolor, durante un sueño profundo.²⁵

Kevorkian fue atacado por mucha gente que se opone al suicidio asistido y la eutanasia, entre ellos, médicos y religiosos. Ante la demanda de varios médicos, fue juzgado por la aplicación de una eutanasia, declarado culpable fue sentenciado a 25 años de cárcel. Como producto de su buena conducta, sólo permaneció preso durante 8 años y fue liberado con la condición de no volver a ayudar a ningún enfermo a suicidarse. El problema con este médico es que aunque sus acciones pudieron ser bien intencionadas, dentro del campo jurídico y la ética médica, sus actos no han sido bien vistos, ya que las leyes aun no avalan este derecho a morir y el proceso para lograrlo es muy lento.

Kevorkian, como médico patólogo, dedicó gran parte de su vida a ayudar a los enfermos. En una primer etapa, luchó constantemente por lograr que los órganos de los sentenciados a la pena capital fueran donados, pues según las entrevistas que éste les hacía, el donar sus órganos le daba cierto

²⁵ *Íbid* p 19

*Kevorkian, Jack, *Prescription medicine: The goodness of planned Death*, Buffalo, NY, Editorial Prometheus Books 1991.

Sinopsis: Kevorkian, inventor de la polémica máquina de suicidio, expone sus puntos de vista sobre la muerte planificada y su impacto potencial en la extracción de órganos y la experimentación médica. En 1990 presentó el primer suicidio asistido reconocido públicamente. En este libro, que toma en el establecimiento médico, político, teológico, y todos los que se resisten activamente a un programa racional y global de la muerte prevista digna, humana, y benéfica. Él explica cómo y por qué inventó la máquina de suicidio y describe la experiencia emocional con los primeros pacientes que solicitaron el uso de la misma.

sentido a su muerte, sin embargo sus colegas nunca estuvieron de acuerdo con ello, por lo que nunca logró que se llevara a cabo.

El caso de la primera paciente a la que ayudó a morir es bastante polémico, se trata de Janet Adkins, una mujer de 54 años, a quien el mismo Kevorkian describe como una mujer activa, hábil, esposa, madre, abuela, maestra de música, alpinista y amante de las actividades al aire libre. Janet comenzó a sufrir un gradual y sutil deterioro de su memoria, por lo que recurrió con su médico y éste le diagnosticó posteriormente el mal de Alzheimer. Después de meditar sobre su calidad de vida a futuro Janet decidió buscar la ayuda del doctor Kevorkian, quien estuvo de acuerdo una vez que ella entrara a un programa experimental de un fármaco que ayudaba a tratar el mal ya mencionado, pero debido a su poca efectividad decidió interrumpir el tratamiento y volver a contactarlo. Dado que no se trataba de una paciente terminal, Kevorkian sabía de los riesgos que se corrían, por lo que revisó detalladamente su expediente, se cercioró de que ella fuera mentalmente competente y que no estuviera deprimida, además de estudiar las causas que ella había expuesto para solicitar el suicidio asistido. Su esposo también estaba de acuerdo, pese a la rotunda contrariedad de su médico familiar, cabe mencionar que Janet era miembro activo de la Hemlock Society.* En este punto podemos ver con claridad el verdadero deseo de una muerte con dignidad y sin dolor, pues aunque Janet pudo haberse suicidado ella misma, prefirió hacerlo sin dolor y de manera efectiva, cosa que sólo podía asegurar

* www.hemlock.org

Hemlock Society es un grupo en E.U.A. que aboga por el derecho a morir con dignidad. Esta Organización fue fundada en Santa Mónica, CA por Derek Humphry en 1980. Sus misiones principales incluyen el suministro de información a las personas moribundas y apoyar la legislación que permite suicidio asistido por médicos.

El 13 de junio de 2003 El nombre de Hemlock Society fue cambiado a End Of Life Choices

un médico. Como ya había mencionado con antelación es importante que se reconozca también el dolor que se sufre mentalmente, pues en las últimas décadas las enfermedades mentales han tenido una mayor presencia en la población mundial. Si hablamos de calidad de vida y de muerte, no sólo los pacientes en estado vegetativo se ven privadas de éstas, sino también aquellos que pierden la memoria y dejan de recordar hasta su propia identidad.

Delimitación del concepto eutanasia

Uno de los grandes problemas con el que constantemente nos tropezamos a la hora de investigar sobre el tema de la eutanasia es que muchos de los autores tienden a no ser suficientemente claros a la hora de utilizar los argumentos con los que se abordan las cuestiones del tema planteado. Es importante establecer estas bases, pues si no quedan lo suficientemente definidas, no podremos llegar a alguna posible respuesta o solución.

Enrique Sánchez Jiménez plantea que la claridad dentro de la discusión es realmente necesaria para no inducir al error, por ello los principios que van a establecer las bases del tema deben ser lo más precisos posible, de este modo se podrá evitar el uso de términos equívocos e imprecisos que sólo conducirían a un nivel mayor de confusión, mas aun en el caso de la eutanasia que en sí es un tema complicado. La ambigüedad de los términos puede dar paso no sólo a la arbitrariedad de su uso como concepto, sino

también a la discrecionalidad a la hora de su posible utilización.²⁶ De tal forma que las conclusiones obtenidas sobre el estudio de investigación, tanto a favor como en contra resulten ser ambiguas y contradictorias. Por ejemplo que el defensor de la eutanasia pueda ser considerado como un asesino descarado y al que está en contra como un defensor del cruel dolor. Todo esto trae como consecuencia una inevitable manifestación de dudas acerca de los distintos significados del concepto de eutanasia al momento de expresar nuestra opinión. Por ello los conceptos que giran entorno a la eutanasia deben ser clarificados.

Etimológicamente, eutanasia proviene de la raíz griega eu; que significa bueno y del vocablo thánatos que quiere decir muerte. Por lo tanto, significa buena muerte. De entrada sabemos que estamos hablando de una muerte piadosa, noble o misericordiosa, sin embargo este significado es muy general y ocasiona cierta confusión. Por otro lado, también se ha llegado a decir que la eutanasia es una forma de terminar con los individuos que se consideran inútiles o inferiores, especialmente con los ancianos y los discapacitados física o mentalmente, lo cual es un total mal entendido, pues la eutanasia lo que busca es terminar con un dolor o sufrimiento insoportable, que al individuo le pesa más que su propia vida. Un ejemplo de ello es un paciente cuya enfermedad es crónica, incurable e irreversible, sin olvidarnos de lo más importante que la eutanasia debe ser solicitada por el paciente.

²⁶ Ibid, p 23

Existen una gran diversidad de significados sobre la eutanasia, pero algunos de ellos resultan ser ambiguos e imprecisos, -como antes ya he mencionado- tal como el que ofrece el *Oxford English Dictionary*,²⁷ el cual define a la eutanasia como “la acción de inducir una muerte suave y tranquila”.

La *Encyclopedia of Bioethics*²⁸, brinda no sólo uno, sino cuatro significados; a) *inducir la muerte a quienes están sufriendo*; b) *terminar con la vida de quienes son indeseables*; c) *dar atención a los moribundos* y d) *dejar morir a las personas*. Desafortunadamente ninguna de las cuatro definiciones es precisa, pues la primera no especifica quién induce a la muerte, ni de quién es la decisión de dicho procedimiento, la segunda definición distorsiona por completo el significado de la eutanasia y tal parece que habla de una exclusión discriminatoria que tal vez se podría aplicar si estuviéramos hablando de medidas nazis,* pero en cuanto a eutanasia no es el caso. La tercera tampoco nos dice ni quién debe ofrecer dicha ayuda, ni ¿cómo?, ¿para qué? o ¿con qué fin? Finalmente, la última definición podría acercarse a la eutanasia pasiva, pero no especifica la causa para dejar morir a las personas. *El diccionario de la real academia española*²⁹ define a la eutanasia como: a) acción u omisión que, para evitar sufrimientos a los pacientes desahuciados, acelera su muerte con su consentimiento o sin él y b) muerte

²⁷ *The Oxford English Dictionary* 2nd edition, ed. [Oxford University Press](#) 2009

²⁸ Reich W. T. (ED.), op. cit ed. Rev. Vol. 1, Nueva York, Simon & Schuster Macmillan 1995 p.554 en Álvarez Del Río Asunción *Práctica y ética de la eutanasia*, Ed. FCE México 2004 p28

* Síncopa de la expresión *nacionalsocialismo*, impuesto en Alemania por Hitler. El nazismo constituye una forma de totalitarismo estatal y tiene sus similares en el comunismo, fascismo y el falangismo.

Recasens Siches dice del nacionalsocialismo alemán que constituyó una manifestación transpersonalista de carácter parecido al fascismo, pero más agudizada en su actitud antihumana, en su furor anticristiano y antisocial; en su fundamento materialista; en su militarismo total; en su adoración de la guerra y en su concepción racista. Véase Manuel Ossorio *Diccionario de ciencias jurídicas, políticas y sociales*. Guatemala, ed. Heliasta, Buenos Aires 1999, p. 617

²⁹ *Diccionario de la real academia española 22 edición ed. RAE 2001*

sin sufrimiento físico. La primera definición no es del todo correcta, ya que, si no se tiene el consentimiento del paciente no se puede considerar eutanasia y la segunda es muy ambigua.

La Asociación Médica Mundial nos da una definición aproximada de la eutanasia: "el acto de terminar deliberadamente la vida de un paciente, incluso a petición del propio paciente"³⁰ Esta definición es una de las más aceptadas, sin embargo afirma que va en contra de la ética y no especifica el papel del médico, por tanto no podemos decir que está completa.

Por lo visto la gran mayoría de definiciones que ofrecen muchos autores carecen de uno u otro elemento importante a la hora de la definición. Es de gran importancia considerar todas las características de la eutanasia para lograr una definición precisa de ésta: ³¹

- La eutanasia se realiza debido a la solicitud de una persona que desea morir para liberarse de dolores o sufrimientos insoportables.
- La muerte es producida únicamente por parte del médico.
- Que exista una intencionalidad compasiva o liberadora por parte del médico para la provocación de la muerte.

³⁰ <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/e13b/index.html>

The World Medical Association's Declaration on Euthanasia, adopted by the 38th World Medical Assembly, Madrid, Spain, October 1987, states:

"Euthanasia, that is the act of deliberately ending the life of a patient, even at the patient's own request or at the request of close relatives, is unethical. This does not prevent the physician from respecting the desire of a patient to allow the natural process of death to follow its course in the terminal phase of sickness."

³¹ Dworkin, Gerald, R. G. Frey, Bok, Sissela, Trad. Francí Ventosa Carmen. *La eutanasia y el auxilio medico asistido*, Cambridge University Press, Madrid 2000 p 149

- La muerte será provocada por medio de un fármaco letal que actúe de forma rápida e indolora.

* Se solicita porque se considera que la vida de un enfermo ya no tiene una calidad aceptable, debido a enfermedades físicas o psíquicas graves e irreversibles.

Después de revisar los antecedentes históricos y analizar los anteriores significados sobre la eutanasia que han propuesto o definido algunos autores e instituciones, de haber tomado las consideraciones pertinentes y revisado los elementos importantes que giran entorno a este concepto, propongo mi propia definición para precisar el significado de la eutanasia:

“Es el acto o procedimiento de producir la muerte sin dolor o sufrimiento por parte de un médico, a un paciente que padece una enfermedad o condición incurable y dolorosa y a petición de este último.”

Esta definición posee todos los elementos importantes que se deben considerar al momento de estudiar el tema de la eutanasia, por lo que con base en esta definición continuaremos con el estudio de la eutanasia.

Tipos de eutanasia y otros conceptos

Actualmente la eutanasia se puede clasificar de diferentes formas dependiendo del criterio en que se utilice.

DIVISIONES DE LA EUTANASIA			
Por acción u omisión	Según la intención del agente	En relación con la voluntad del paciente	Otra Terminología (usada especialmente por la iglesia católica)
Activa y pasiva	directa e indirecta	Voluntaria, no voluntaria e involuntaria	Distanasia, adistanasia y ortotanasia

Eutanasia activa: "Es la acción por la que se pretende positivamente de forma directa la supresión de la vida de otra persona"³²

Es el suministrar directamente alguna dosis letal al paciente que desea morir, la cual le produce una muerte rápida e indolora. Esta acción es la que genera la gran controversia, pues algunos autores la comparan con el homicidio. Además de que para algunos médicos genera cierto sentimiento de culpa e inmoralidad al ser ellos los que apliquen la dosis letal.

Eutanasia pasiva: "Es la que provoca la muerte como efecto de la omisión o suspensión de acciones médicas que permitirían preservar la vida"³³

Esta categoría de eutanasia es de las más aceptadas en el mundo, pues a diferencia de la activa, -que solo es permitida en tres países- la eutanasia pasiva ya es permitida en la mayoría de los países incluyendo el nuestro. Cabe decirse que aunque se respeta aquí la voluntad del paciente de no prolongar su vida cuando la medicina ya no tiene más por hacer, los dolores y la agonía continúan hasta la muerte.

³² Ibíd. p.34

³³ Ibíd. p. 7

Eutanasia directa: “Es la realización de un acto que deliberadamente provoca la muerte del paciente”³⁴

Se refiere al acto directo que tiene el objeto de provocar la muerte rápida por ejemplo el suministrar la dosis letal.

Eutanasia indirecta: “Es la acción en la que el adelanto de la muerte puede resultar como efecto secundario no pretendido de él”³⁵

Un ejemplo sería aplicar dosis altas de morfina para aliviar los dolores del paciente, aunque el propósito es aliviar el dolor, se sabe que las dosis altas de morfina aceleran el proceso de la muerte también.

Eutanasia voluntaria: “Es la terminación de la vida de un paciente en respuesta a la petición de éste expresada libremente”³⁶

Se trata de personas que sujetas a determinadas circunstancias solicitan la muerte para verse libradas de sus sufrimientos físicos o mentales, ya que los considera insoportables. En éste caso la persona hace una profunda reflexión sobre su calidad de vida y siendo mentalmente competentes hacen uso de su autonomía para decidir sobre su propia vida.

Eutanasia no voluntaria: “es la terminación de la vida de un paciente sin que el afectado lo solicite expresamente, por encontrarse incapacitado para hacerlo”³⁷.

³⁴ *Ibíd.* p. 6

³⁵ *Ídem.*

³⁶ *Ibíd.* p. 33

³⁷ *Ibíd.* p.33

En esta división entran los pacientes que se encuentran por ejemplo en estado vegetativo o en cierta condición que les impide comunicarse y hacer uso de su palabra. En el caso ya mencionado con anterioridad de la joven Ana Karen Quinlan* podríamos hablar de eutanasia no voluntaria, pues aunque la chica se encontraba en estado comatoso y no podía comunicarse, sus padres sabían que si a ella le hubiesen preguntado, en pleno uso de sus facultades mentales, que si a ella le pasara un accidente y quedara en estado vegetativo si preferiría vivir conectada a una maquina o mejor morir, ella hubiese preferido morir, además de que, por las remotas esperanzas que les daban era probable que nunca despertara. Por lo que en estos casos es a los familiares a los que les toca decidir.

Eutanasia involuntaria: “Es la que se lleva a cabo en contra del deseo o decisión del enfermo”.³⁸

A diferencia de la eutanasia no voluntaria, esta tercera clasificación es totalmente reprobable, pues absolutamente nadie, ni siquiera el Estado tiene el derecho de decidir quien debe vivir y quien debe morir, no se puede imponer el criterio de alguien a otro ser humano acerca del sentido de la vida hasta el punto de privarle de la misma. En este caso, sí estamos hablando de un homicidio, pues responde a intereses de una segunda persona y no del enfermo en sí, como en el caso de la “eutanasia nazi” o programa de eutanasia T4*, pues Hitler utilizó este término de una forma totalmente arbitraria para ordenar la muerte de todos los pacientes enfermos graves y a

³⁸ Ibid. p. 6

*Véase pagina 16

los enfermos mentales. Basándose en las ideas de Hoche y Binding³⁹, los cuales exponen en su libro, en 1920, las ventajas económicas que aporta la destrucción de pacientes cuya vida (según ellos) carece de valor. Posteriormente en octubre de 1939, Hitler giró órdenes en relación a la eutanasia para matar también a niños con orejas levemente deformadas o que se orinaban en la cama y que eran difíciles de entrenar⁴⁰, como ya sabemos, esta idea tirana de supuesta eutanasia creció tanto al grado de ordenar matar a todos los judíos (personas totalmente sanas). Esta categoría debería incluso desaparecer, pues con la eutanasia se busca una muerte digna justificada por el deseo de una calidad de vida, entonces la muerte producida sin el consentimiento de una persona es un asesinato, actualmente ya muchos autores no mencionan dicha categoría precisamente por la contradicción que lleva implícita.

* En octubre de 1939 Hitler firmó una autorización secreta para proteger a los médicos, al personal médico, y administradores para aplicar el programa eutanasia T4. Las víctimas del programa de eutanasia incluían originalmente niños y adultos con incapacidades o anomalías físicas o enfermedades mentales. Los médicos de T4 seleccionaban pacientes para la muerte. Los que eran seleccionados eran transportados por el personal de T4 a los sanatorios que servían como instalaciones centrales de gaseamiento. Les decían a las víctimas que iban a someterse a una evaluación física y tomar una ducha para desinfectarse, una vez dentro eran asesinados en cámaras de gas usando monóxido de carbono puro. Se calculó que el número total de víctimas era de 275.000 personas. Vease www.ushmm.org/wlc/article.php?lang=es

³⁹ Alfred Hoche y Karl Binding escribieron el libro "*Die Freigabe der Vernichtung Lebensunwerten Lebens*" (Permitir la destrucción de la vida indigna de la vida) El libro habla sobre las "virtudes" que la condición jurídica del suicidio podría tener sobre la eutanasia y la legalidad de matar a los enfermos mentales y graves de salud. En la propia interpretación vinculante de la ley en 1920 en Alemania, el suicidio o intento de suicidio no era ilegal y debía ser tratada como tal dentro de la ley. Esto significaría que nadie tendría el derecho de detener a una persona de quitarse la vida, lo que significaba que una persona también tenía el derecho de permitir que otra persona le causara la muerte, entonces cualquier persona que ha matado a una persona gravemente enferma, ha actuado dentro de la ley. El trabajo de Binding y Hoche se caracterizó por la influencia que tuvo en los nazis y en especial en el Programa de eutanasia T4.

Vease: <http://www.eumed.net/libros/2007c/329/Dossier%20de%20Karl%20Binding%20y%20Alfred%20Hoche%20documentacion.htm>

⁴⁰ *Ibíd.* p. 22.

El suicidio asistido

Como hemos comentado anteriormente, la eutanasia involucra una relación entre el médico y el paciente, ya que la responsabilidad recae en el primero al tener que suministrar la dosis letal. Pero existe una corriente entre los médicos que cuestiona dicha responsabilidad, pues según ellos, la responsabilidad debería recaer totalmente en quien desea suicidarse, obviamente con el soporte del médico pero sin tener que involucrarse directamente, siendo el paciente quien realice la acción de provocarse la muerte por si mismo.

“El suicidio asistido es el acto de proporcionar a un paciente, físicamente capacitado, los medios para suicidarse (como sería una prescripción de barbitúricos), para que éste subsecuentemente actúe por cuenta propia, además de proporcionar los medios, es el agente real de la muerte en respuesta a la solicitud del paciente”⁴¹

El estado de Oregon legalizó el suicidio asistido en diciembre de 1994, con una ley que entró en vigor en 1997 y que autorizaba a los médicos a prescribir drogas letales a los pacientes en fase terminal con seis meses de esperanza de vida que lo solicitaran ⁴²

En Suiza, hay una situación interesante, pues aquí ya no hablamos de muerte médicamente asistida: ni de eutanasia ni de suicidio médicamente

⁴¹ T. Quill, *Death and dignity. Making choices and talking charge*, Norton & Company Nueva York/ Londres, 1994, p. 158. en Alvarez, Asunción *Ibid* p. 40

⁴² *Holanda y Bélgica, únicos que permiten la eutanasia activa* en La crónica de hoy, Sec. salud, Martes 11 de Abril, 2006

asistido, simplemente de suicidio asistido. En este país, desde 1942 se permite la ayuda al suicidio sin que importe el motivo de la persona para suicidarse (no es necesario que el motivo se deba a una enfermedad). Lo que importa es que la persona que la ayude lo haga por motivos altruistas y no por motivos egoístas (algo no siempre fácil de comprobar). También es necesario que la persona que se quiera suicidar pueda realizar por sí misma la acción final.⁴³

El problema con esta opción es que muchos enfermos incurables se encuentran en una condición tan restringida que les imposibilita moverse o tragar, por lo que no pueden poner fin a su vida por sí mismos. Podemos decir que aunque el suicidio asistido es una acción respetada, pues tiene la finalidad de ayudar a los enfermos incurables a terminar con su vida de sufrimiento y dolor, no es una opción para todos ellos, pues al no dar respuesta a aquellos pacientes que a consecuencia de no poder moverse o tragar, no pueden aplicarse la dosis por si mismos. En mi opinión, me parece que esta opción al ser solo para ciertos pacientes terminales, no ofrece una solución para todo el que la necesite, por lo que sería de suma importancia la participación del médico en los casos donde el paciente no pueda darse muerte por si solo.

⁴³ S. Hurst, A. Mauron. *Assisted suicide and euthanasia in Switzerland: allowing a role for non-physicians*. BMJ 2003; 326 (7383): 271-273

Capítulo II. CRITERIOS IMPORTANTES QUE GIRAN EN TORNO AL INDIVIDUO

El argumento favorable sobre la eutanasia, no es sólo demostrar que esta práctica se extiende desde las antiguas culturas y ni que el debate de su práctica se discute en las legislaciones más importantes del mundo, sino la importancia de analizar los criterios básicos que giran en torno a todo individuo, pues con base en ellos, el ser humano se plantea qué es lo mejor para su desarrollo y por ende primordial para su toma de decisiones.

El sentido de la dignidad humana

El concepto de dignidad es muy complejo, pues a lo largo de la historia se ha ido modificando su significado, de hecho, en algunas ocasiones se suele utilizar este término ya sea para defender o atacar la eutanasia, pero muy pocas veces se suele discutir o ponerlo en cuestión, pues la dignidad es un término muy curioso, que todo el mundo entiende pero pocos saben como definir, por eso es que este término se utiliza en beneficio de ambos bandos.

En la actualidad, el concepto de dignidad humana ha tomado gran relevancia, pues con base en éste se han hecho las principales declaraciones sobre derechos humanos, por ello se ha vuelto una poderosa herramienta para defender y reivindicar los derechos.

Baudouin y Blondeau nos dicen en su libro “*la ética ante la muerte y el derecho a morir*”⁴⁴ que es necesario distinguir tres nociones de la dignidad, siendo mutuamente complementarias: La dignidad ontológica, la dignidad ética y la dignidad jurídica:

La dignidad ontológica establece que la persona tiene una sublime dignidad por el solo hecho de ser persona. Partiendo de este punto de vista, toda persona humana independiente de su condición social, política, económica y religiosa, tiene una dignidad absoluta e inmodificable. Esta concepción de dignidad privilegia especialmente al ser.

La dignidad ética se sustenta principalmente en la filosofía moral de Kant y nos propone que:

“En el reino de los fines todo tiene un precio o una dignidad. Aquello que tiene precio puede ser sustituido por algo equivalente; en cambio lo que se haya por encima de todo precio y, por lo tanto, no admite nada equivalente, eso tiene una dignidad. Aquello que constituye la condición para que sea un fin en sí mismo, eso no tiene meramente un valor relativo o precio, sino un valor interno, esto es dignidad”⁴⁵.

Para Kant la dignidad humana significa que una persona debe ser tratada como un fin en sí mismo y nunca como un medio, es decir, el ser humano no se puede vender ni comprar, su vida es un fin en sí mismo y todas las

⁴⁴ Baudouin, Jean Louis. Blondeau, Danielle. *La ética ante la muerte y el derecho a morir*. Editorial Herder, Barcelona 1995, p.29.

⁴⁵ Kant, *La metafísica de las costumbres*, Trad. A. Cortina y J. Conil, Ed. Tecnos, Madrid 1989, p. 199

ciencias y las artes deber ir orientadas al servicio de este fin que es la persona humana, de otro modo se vulnera su dignidad y el ser humano recibe un trato indigno.

La dignidad jurídica se encuentra recogida en los distintos textos legales y en las cartas fundamentales que rigen los países constitucionales, así como en las declaraciones internacionales de derechos humanos. Según esta noción, la persona, por causa de la dignidad ontológica y ética, es merecedora de los derechos que la protegen ante el abuso o violación de otras personas.

Estas tres nociones de dignidad coinciden con el respeto a la persona, por el solo hecho de ser humano, dicho respeto exige reconocer su capacidad para realizarse como individuos, pues esta capacidad de autodeterminación deriva de su racionalidad, la cual le permite elegir lo mejor para su persona de manera libre y espontánea.

El principio de autonomía

El concepto de autonomía se ha implicado mucho en el debate de la eutanasia, ya que se alude a que es el paciente el que debe tomar la decisión de poner fin a su vida, de manera autónoma, por ello es necesario definir este principio para tener un mejor entendimiento.

Si indagamos en la raíces filosóficas de este principio, podemos ver que los planteamientos mas destacados se hayan en la ética filosófica de los siglos

XVII Y XVIII principalmente en John Locke e Immanuel Kant, pues sus obras han demostrado tener una importancia decisiva en la definición del principio de autonomía.

La preocupación principal de Locke⁴⁶ en sus escritos, fue que el Estado se inmiscuyera en la esfera individual del ciudadano, con su tesis pretendió revestir al individuo de un ámbito de autonomía que cualquier Estado moralmente justo debiera respetar, creando un sistema de derechos básicos, no interferibles y que todo individuo posee por el simple hecho de su condición humana, se trata de un derecho natural previo a la formación del orden político. Por lo tanto el Estado no podrá interferir en los derechos de la vida y la libertad, excepto cuando el propio individuo lo autorice.

El punto central de la obra de Kant es el derecho que tienen las personas de elegir libremente sus opciones, pues según éste las acciones del sujeto son susceptibles de imputación. Por lo tanto la personalidad moral es la libertad de un ser racional bajo leyes morales, mientras que la personalidad psicológica es la mera capacidad de ser conciente de su propia existencia, deduciendo entonces que una persona esta sometida a las leyes que a sí misma se da, ya sea por sí sola o en conjunto con otras personas. Sólo de ésta forma el Estado no trataría a los ciudadanos como medios de sus propios fines sin su consentimiento, pues de otra forma se estaría faltando al respeto a las decisiones de ellos como agentes autónomos que son por su

⁴⁶ Locke, J., *Ensayo sobre el gobierno civil*, Trad. Esp. A cargo de A. Lázaro Ros, Ed. Aguilar, Madrid 1969

simple condición humana. Coincidiendo con Kant, el autor Ronald Dworkin nos dice:

“cualquier norma mínimamente aceptable que permita la eutanasia a individuos competentes insistiría en que no deben ser privados de la vida a menos que hayan expresado claramente su deseo de morir”⁴⁷

Sabemos entonces que al evaluar las decisiones o acciones de las demás personas, tenemos el deber de concederles el mismo derecho a emitir sus propios juicios sobre dichas acciones, y a su vez, ellos deben tratarnos de la misma forma.

A partir de éstos pensadores, podemos decir que todos los individuos tenemos autonomía por el solo hecho de ser seres humanos racionales y que las decisiones que involucren a nuestra persona, sólo las podremos tomar nosotros, pero nosotros también tenemos la responsabilidad de no interferir con la autonomía de otro a menos que éste lo pida.

Una consideración más que se debe tomar sobre éste principio, es que no es aplicable para todas las personas, es decir siempre y cuando no tengan alguna deficiencia mental o alguna condición que impida ejercer su voluntad, por ejemplo las personas con retraso mental o en estado vegetativo, pues las personas que se encuentran en éstos casos, no pueden ejercer su

⁴⁷ Dworkin, Ronald, *El dominio de la vida. Una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual*. Editorial Ariel, Barcelona 1993. p.248.

autonomía. Octavio Quintana⁴⁸ dice que cuando el paciente se halla en esta situación se puede intentar suplir su autonomía de tres formas:

- 1) Las decisiones se toman en función de lo que favorezca más al enfermo.
- 2) Las decisiones se toman mediante un delegado del enfermo; en general la persona más allegada.
- 3) Las decisiones se toman exclusivamente a partir de las declaraciones expresas que hubiera hecho el paciente cuando estaba en condiciones de decidir.

El autor nos dice que no siempre las tres opciones estarán disponibles, pues puede ser que el paciente no tenga algún allegado a él o que nunca en su vida haya hablado de lo que quería al final de ésta, cuando es así la opción que predominará será la de actuar en función de lo que favorezca más al enfermo, considerando aminorar sus dolores y sufrimientos.

El miedo y el dolor ante la muerte

Definir a la muerte no es un asunto fácil, ya que ésta no es una entidad susceptible de manejo, sólo vive como un misterio y en muchas ocasiones hablamos de muerte, pero no siempre nos detenemos a tratar de definir este concepto.

⁴⁸ Quintana, Octavio, *Por una muerte sin lágrimas*. Flor del viento Ediciones Barcelona, 1997, p. 157

Muerte: de la raíz latina mors; significa extinción, término de la vida o etapa final del crecimiento. Un tabú ante el cual el hombre experimenta un sentimiento inevitable y difícil de calificar: mezcla de pudor, angustia, curiosidad, desolación y acaso también de serenidad y esperanza.⁴⁹

La muerte es el final de la vida y el significado tanto para el paciente como para otras personas, es totalmente distinto de otras experiencias, pues sólo ocurre una vez, y la búsqueda de su significado ha estado presente a través del desarrollo de las sociedades en todo el mundo. Claro está que la muerte es vista de diferente manera, dependiendo de la ubicación de la persona, es decir, si es espectador o protagonista, o bien, de la forma en que ésta se presenta, ya sea con una enfermedad de larga duración, de forma súbita, accidentalmente, por suicidio etc.⁵⁰

Anteriormente en occidente, la concepción del proceso de la muerte era de llegar en condiciones en donde el paciente enfermo o el anciano fallecían en el hogar y la habitación de éste se convertía en un lugar público en donde la gente entraba con libertad para acompañar al enfermo y sus familiares. Pero con los avances de la medicina, los médicos comenzaron a interesarse por aspectos relacionados con los sitios en donde sus pacientes fallecieran, determinando que por higiene y confort no debía permitirse la permanencia de niños o que inclusive los moribundos debían permanecer solos. Con esto se fue alentando a que el apoyo moral que ayudaba a superar el dolor también disminuyera hasta casi desaparecer, dando cabida al mero silencio.

⁴⁹ Varios Autores. *Muerte y bioética: aspectos sociales y éticos*. Ed. Trillas, México DF 2008, p. 18

⁵⁰ *Ibid* p.28

Norbert Elías nos dice en *la soledad de los moribundos*⁵¹ que este proceso ha ido cambiando con el desarrollo de las sociedades, pues el proceso de la muerte o ritual de la muerte, que antes resultaba ser de apoyo ahora se ha convertido en un momento de socialización entre familiares y amigos en espera de la muerte del enfermo, lo cual se podría deducir, que es el resultado del desplazamiento de las creencias sobrenaturales hacia las seculares, pues actualmente la ciencia ha ganado más terreno en la conciencia social. Pues la sociedad responde a la seguridad que le brinda la prevención y el tratamiento de las enfermedades.

*“La vida se hace más larga, la muerte se aplaza más. Ya no es cotidiana la contemplación de moribundos y de muertos. Resulta más fácil olvidarse de la muerte en el normal vivir cotidiano”.*⁵²

Hoy en día el enfermo muere por lo general en un hospital, entre médicos y enfermeras, soportando el dolor alejado de sus seres queridos. Debido a que la muerte no representa un factor físico como tal que se pueda comparar con otro, es común asociarla con el dolor, pues la mayoría de las personas cree que la muerte va a ser dolorosa y esto representa un factor de miedo, pues el dolor lo hemos experimentado constantemente en nuestra vida y es a lo que más le tememos, por lo que el tema de la muerte es difícil de aceptar.

⁵¹ Elías Norbert. *La soledad de los moribundos*. Fondo de Cultura Económica. Madrid, 1987

⁵² *Ibíd.* p. 16.

El miedo es también una reacción que se presenta a la hora de reflexionar acerca de la muerte, de hecho el miedo a la muerte es el más común de las fobias, pues la muerte es el único acto que está garantizado en la vida de todos los seres humanos.

“Sin duda, la posibilidad de sentir miedo, como la de sentir alegría, es un rasgo invariable de la naturaleza humana. Pero la intensidad, el tipo y la estructura de los miedos que laten o arden en el individuo jamás dependerán de la naturaleza, sino que en último término aparecen determinados siempre por la historia y la estructura real de sus relaciones con otros seres humanos”⁵³

Norbert Elías⁵⁴ nos dice que los hombres presentan básicamente tres actitudes en respuesta al hecho de que toda vida tiene un fin.

Mitologizar: El autor nos dice que dentro de esta actitud entran las religiones, las cuales intentan explicar los misterios de la vida del ser humano, que son el origen y el después de la muerte, por ejemplo en el caso de la religión católica y otras más, se dice que la vida comienza con la muerte y que estando en el paraíso estaremos en contacto directo con Dios y nuestro seres queridos ya fallecidos, entendiendo entonces que la religión le da lugar a la muerte, pues no la considera definitiva.

⁵³ Elías, Norbert, *El proceso de civilización (investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas)* FCE, Madrid 1987. p. 52

⁵⁴ *Ibíd.* p. 14.

Negar: Esta actitud es natural en el ser humano al no poder aceptar fácilmente la muerte. Por un lado no sería difícil tener una vida plena, si todo el tiempo estamos pensando que vamos a morir, el no pensar en ello tiene ciertas ventajas, pero cuando se cae en el extremo de negar que la muerte existe, se vuelve realmente un problema, pues cuando éste momento llega, la mayoría de las personas no saben qué decir o hacer.

Mirar de frente: La muerte puede aceptarse, si reunimos las condiciones personales y sociales adecuadas, claro está, que para esto existe un proceso. El autor argumenta que pese a la gran cantidad de libros que han surgido y abordado este tema, todavía cuesta trabajo para muchas personas mirar de frente a la muerte, ya que muy pocas de ellas se interesan en hablar de esta cuestión. Para la gente que decide creer en la religión, tal vez pueda encontrar esperanza ante la muerte, al verla como un paso a otra vida, pero para los que deciden no creer, es necesario que hallen consuelo de otra forma, la cual, puede ser mediante sus seres queridos o en la vida misma.

Los cuidados paliativos

La medicina paliativa esta encaminada a controlar el dolor y otros síntomas desagradables, proporcionando una mejor calidad de vida a los enfermos que se encuentran en fase terminal de alguna enfermedad crónica, la cual no tiene cura y en cuyo caso se ha comprobado que las acciones terapéuticas son inútiles. La diferencia entre la medicina paliativa y la

curativa es que la primera tiene el propósito de aliviar y la otra de curar. Zittoun⁵⁵ argumenta tres principales diferencias entre los cuidados paliativos y los curativos; en los primeros se busca calidad de vida, en los segundos su prolongación; los primeros se derivan de un acercamiento multidisciplinario que da gran importancia al aspecto psicosocial, mientras que los segundos se apoyan en los avances de la tecnología médica; los primeros consideran a la muerte un desenlace normal de la vida, mientras que los segundos la creen un fracaso total.

La National Hospice Organization⁵⁶ resume la Filosofía de los cuidados paliativos:

“El propósito del cuidado en un hospital es proveer de apoyo y cuidado a las personas en las últimas fases de su enfermedad, de modo que puedan vivirla tan plena y confortablemente como sea posible. El cuidado afirma la vida y considera la muerte como un proceso normal; no acelera ni pospone la muerte y existe en la creencia y la esperanza de que a través de un cuidado personalizado y de una comunidad sensible a sus necesidades, los pacientes y sus familias pueden lograr la necesaria preparación para la muerte, en la forma que sea más satisfactoria para cada cual.”

La Organización Mundial de la Salud⁵⁷ plantea los objetivos básicos que se deben lograr para el cumplimiento básico de esta atención, de forma independiente al tipo de especialidad y son:

⁵⁵ *Ibíd.* p. 28.

⁵⁶ La Organización Nacional de Hospicios y Cuidado paliativo (NHPCO) es la organización alcalde 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 a los cuidados paliativos, con la meta de mejorar la calidad de vida de las personas que están muriendo en América y la de sus seres queridos. Véase <http://www.nhpco.org/>

- Incremento al máximo del potencial de cada paciente en forma individual y dentro de su grupo familiar.
- Estímulo de mejoría y saneamiento de las relaciones del paciente.
- Incremento de la comunicación.
- Control del dolor y los síntomas que acompañen la enfermedad.
- Soporte familiar.

Los equipos de profesionales dedicados a atender enfermos en fase terminal deben ser multidisciplinarios e interdisciplinarios: médicos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos y tanatólogos, además de una buena comunicación entre ellos. Según la OMS, las áreas de trabajo básico en cuidados paliativos son: cuidado total, control de síntomas, control del dolor, apoyo emocional del paciente y de la familia, y apoyo del equipo.

La medicina paliativa forma parte de una concepción antropomédica que considera al enfermo como un ente integral en busca de remedio⁵⁷, pero para encontrar el tratamiento correcto es necesario considerar su situación general, basándose en una comunicación eficaz entre el enfermo, su familia y su entorno.

Un punto importante, es que en ciertas ocasiones a los médicos les resulta difícil decidir el momento de suspender las acciones curativas para comenzar con las paliativas, pues no siempre se toman en cuenta los

⁵⁷ VEASE www.who.int/

⁵⁸ *Ibíd.* p.92.

aspectos psicosociales de los cuidados paliativos, pues deben entenderse que para el paciente esta transición representa la pérdida de la esperanza de su curación, por ello es necesario tomar las medidas pertinentes para preparar al paciente psicológicamente, como se hacía en tiempos atrás cuando la función del médico familiar incluía la atención emocional y espiritual.

Para concluir con el tema de los cuidados paliativos, es importante saber que todos los enfermos terminales deben recibir estos cuidados sin excepción alguna y de la forma más adecuada, pues en muchos casos, el paciente al sentirse bien con tales cuidados, deserta en su decisión a la aplicación de la eutanasia, permitiendo que ésta sea únicamente para casos extremadamente graves, en donde los cuidados paliativos no son suficientes.

Capítulo III. LA EUTANASIA EN LA SOCIEDAD MODERNA: DEBATE Y LEGISLACIÓN

El surgimiento de la bioética y la sociedad moderna

El avance de la ciencia y la tecnología ha tenido un gran incremento a partir de la segunda mitad del siglo XX, repercutiendo en todas las áreas, especialmente en la medicina, pues con el desarrollo de nuevas tecnologías se ha logrado elevar el nivel de vida en las personas, mediante la creación de curas y vacunas para miles de enfermedades que anteriormente eran mortales. El progreso en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, el implemento de aparatos más sofisticados para realizar operaciones y el enfoque en investigaciones cada vez más especializadas comenzaron a crear posibilidades de prolongar la vida y evitar la muerte temprana. El principal detonante que permitió dichos avances, se dió en el campo biológico con el descubrimiento del ADN en 1953 por Watson y Crick*, mismo que propició el desarrollo de la ingeniería genética y posteriormente el del genoma humano⁵⁹

Es importante señalar que los avances tecnológicos y científicos no han sido del todo benéficos para el ser humano, pues por un lado el gran progreso de la medicina ha permitido que el nivel de vida de las personas sea cada vez mayor, pero por otro lado, el desarrollo del capitalismo ha producido una industrialización desmesurada sin preveer las consecuencias; tales como la

⁵⁹Comisión Nacional de Bioética, Debate Bioético. Avances científicos y tecnológicos” Año 1, Num 2 ,Julio/Septiembre 2007

*James Dewey Watson (biólogo y zoólogo) y Francis Harry Compton Crick (físico y biólogo) fueron los descubridores de la estructura de la molécula de ADN, obteniendo el reconocimiento de la comunidad científica a través del Premio Nobel en Medicina en 1962.

contaminación, la deforestación desmedida, el uso bélico de las armas nucleares, el calentamiento global etc. Lo interesante es que así como el uso de la tecnología ha permitido combatir los males de la humanidad, también los ha propiciado, pues el aumento de personas con enfermedades cardiovasculares, gastrointestinales y respiratorias, el cáncer y enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión, que hoy en día han alcanzado la cima de las enfermedades con mayor índice de mortalidad⁶⁰, se ha debido en gran parte a los desastres que ha dejado la gran industria, comenzando con la contaminación del agua y el aire por parte de las fábricas, hasta las producciones a gran escala de productos chatarra, que contienen altos niveles de azúcares y grasas trans*, sin olvidar el tabaco, que al igual que la comida chatarra se vende a precios muy bajos, propiciando que las poblaciones más vulnerables (especialmente niños y adolescentes) consuman en exceso estos productos, siendo éstos presa de la incitadora propaganda que promueven los medios de comunicación, tal como lo veíamos hace años con los anuncios publicitarios de tabacos, lo cual tuvo como consecuencia que el cáncer de pulmón llegara a ser la primera causa de mortalidad en el mundo en 2007⁶¹, de igual forma pasa con la diabetes, debido al consumo de comida chatarra que se comercializa a gran escala.

Analizando lo anterior podemos ver entonces que el avance de la ciencia y la tecnología no siempre se ha dado en pro de la humanidad, presentando

60Página de la OMS: Las 10 principales causas de muerte por grandes grupos de ingresos (2004) VEASE <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/index.html>

*Las grasas trans son un tipo de ácido graso insaturado que se encuentra principalmente en alimentos industrializados, provocando mayor riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares. Estos ácidos grasos pueden ser particularmente peligrosos para el corazón y se asocian con el mayor riesgo de desarrollo de algunos cánceres. Véase <http://www.zonascordio.org/tvcardio.php?cdid=3>

61 VEASE www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/.../cancer10.doc

ambigüedades en diversas ocasiones al tratar de explicar los nuevos usos de la tecnología como son: la clonación, la eugenesia, los alimentos transgénicos, entre otros. Al entender el panorama de la sociedad moderna, podemos entender el surgimiento de la bioética.

El término bioética se origina de la etimología *bios* y *ethos*, que significa “ética de la vida”, dicho concepto fue introducido por Potter*, con el objetivo de unir por primera vez dos mundos que se encontraban totalmente separados; el mundo de la ciencia y la tecnología con el de los valores, particularmente la ética. El campo de la bioética es múltiple, pues destaca la ética médica, la ética ecológica, la biotecnología,* la biopolítica, el bioderecho y los alcances teóricos y prácticos de la genética y la neuroética, principio que reconoce Potter al advertir el carácter global de dicha tecnociencia.⁶²

La bioética, entendida como un conjunto de orientaciones filosóficas y metodológicas, guía los procesos y decisiones en las investigaciones científicas, sociales y humanísticas, con el propósito de beneficiar la vida humana. Los principales temas que estudia la bioética son: el aborto, la eutanasia, la eugenesia, el derecho de los animales, la vida artificial, la

*Van Rensselaer Potter (1911-2001) [bioquímico estadounidense](#) y [profesor de oncología](#) en el Laboratorio McArdle de Investigaciones sobre Cáncer de la [Universidad de Wisconsin-Madison](#).

* A definición de la biotecnología varía, pero una definición simple es el uso de organismos por el hombre. Un ejemplo de la biotecnología es la clonación. Hemos estado clonación de plantas durante siglos. Cada vez que se extirpa una hoja de una planta de color violeta y se coloca en el suelo para crecer una nueva planta, la clonación se ha producido. Hoy en día, no sólo estamos haciendo la manipulación física a nivel visual, sino también en el nivel molecular. En la biotecnología moderna o molecular, que físicamente seleccionar la característica deseada en el nivel molecular y agregarlo a la composición genética del organismo. Véase http://www.biotechinstitute.org/what_is/

⁶² González, Juliana *¿Qué ética para la bioética?* FCE México 2008, p. 12

clonación, la ingeniería genética, la donación de órganos, los derechos de los enfermos con VIH, los alimentos transgénicos entre otros.

Dentro del debate sobre cualquiera de los temas ya mencionados es importante que siempre se incorporen elementos de suma importancia como son: la pluralidad, la laicidad, la diversidad y el respeto a la vida, tales principios que han sido tomados principalmente de la filosofía, pretendiendo mejorar la conciencia humana mediante el diálogo y el acuerdo, así como buscar la transformación del hombre para el ejercicio del bien común como resultado de una acción reflexiva. Dicho debate se ha compuesto principalmente por la filosofía, el derecho y la medicina, quedándose de lado las ciencias sociales y la sociología, pues dichas disciplinas han respondido de manera precaria al debate bioético, el cual, al ser de carácter multidisciplinario, debe nutrirse de la visión social.

En menos de cuatro décadas la bioética ha adquirido gran presencia a nivel mundial, pues día con día se publican innumerables libros, revistas o artículos que abordan el tema, se han conformado comités y organizaciones, se han abierto institutos y comisiones nacionales en la mayoría de los países del mundo. La UNESCO* ha formulado tres declaraciones universales con base en los derechos humanos; 1997, la declaración universal sobre el genoma humano y los derechos del hombre; en el 2003, la Declaración internacional sobre los datos genéticos humanos y en 2005 la Declaración universal sobre la bioética y los derechos del hombre.⁶³

* Organización de las Naciones Unidas para la educación, la ciencia y la cultura.

⁶³ Ibid p.24

Los estudios en el campo de la bioética han permitido que en las últimas décadas, el tema de la eutanasia haya resurgido con fuerza en los Países Bajos, al ser pionero en su legalización, poniendo el ejemplo a los países vecinos y llevando el debate al mundo entero.

Existen alrededor de cuarenta y cuatro grupos a favor de la eutanasia en el mundo, agrupados en un organismo denominado “Federación Mundial de Sociedades para el Derecho a Morir” (Right to Die Society); el cual esta conformado en su mayoría por países europeos como Países Bajos, Bélgica, Dinamarca, Francia, España, Italia, Alemania, Suiza e Inglaterra, entre otros, aunque también incluye países de otros continentes como Japón, Australia, Estados Unidos, Colombia y Venezuela.⁶⁴

La postura de la religión católica

En la historia de la humanidad las religiones siempre han estado presentes en todas las culturas, caracterizándose esencialmente por dar respuestas místicas a los individuos sobre el origen de la vida y el misterio de la muerte, He de reconocer, que para los fieles religiosos la muerte vista de ésta forma, representa un consuelo al creer que después de la muerte existe otra vida y que tal vez es mejor que la que se vive, aunque sabemos que dichas creencias no pasarán de ser lo que son, pues carecen de sustento científico.

⁶⁴ Véase <http://www.worldrtd.net/>

Desde la Edad Media hasta nuestros días, la religión que ha ejercido mayor poder en el mundo es la Iglesia católica, pues podemos observarla presente en casi todos los países de Europa y América, tan sólo en México la mayoría de la población es devota de la religión católica⁶⁵, por ello es importante abordar su postura y el papel que juega en la sociedad.

Durante la Era Medieval, la religión católica controlaba las decisiones más importantes en el mundo, pero con el paso de los siglos fue perdiendo ese poder absoluto, pues la ilustración, la revolución industrial, la llegada de las democracias y el avance acelerado de la ciencia en el siglo XX y XXI, el pensamiento social se ha ido secularizando, aunque por su parte, la Iglesia católica también ha formado grupos seculares como el Opus Dei.* A pesar de que dicha religión ha perdido poder en muchos países, sus intentos por seguir queriendo influir en la toma de decisiones importantes en el país, no dejan de percibirse, pues aunque en la mayoría de países la educación es laica, continua habiendo grupos fuertes que defienden a esta religión y sus creencias.

65 Censo General de Población y Vivienda 2000 VEASE www.inegi.org.mx

*Es una institución perteneciente a la Iglesia Católica, que fue fundada el 2 de Octubre de 1928 por José María Escrivá de Balaguer. El término latino "Opus Dei" significa "obra de Dios". En 1950, la Santa Sede lo aprobó como Instituto Secular, rigiéndose por sus propios estatutos. La misión institucional del Opus Dei es difundir la enseñanza católica de que todas las personas están llamadas a hacerse santos y que la vida ordinaria es un camino hacia la santidad.

Según el Anuario Pontificio de 2007, el Opus Dei cuenta con 1,956 sacerdotes en el mundo y 84,349 laicos que suman un total de 86,305 miembros. El 55% de los miembros del Opus Dei son mujeres y cerca del 90% viven en Europa y América Latina. Su patrimonio actual está estimado en un mínimo de 2 mil 800 millones de dólares. El Opus Dei ha recibido reconocimiento y apoyo de los Papas, de diversas autoridades católicas y de otras personalidades.

En contraste, sobre todo en Europa y América Latina, el Opus Dei también ha sido fuertemente criticado, siendo acusado principalmente de proselitismo agresivo, sectarismo y difusión de actitudes ultraconservadoras. VEASE: <http://www.opusdei.es/art.php?p=16982> y <http://www.elnacional.com.do/reportajes/2009/10/31/30556/Es-su-significado-en-latin-Opus-Dei-y-las-posiciones-politicas-de>

El problema no es que haya religiones, ni tampoco que tengan seguidores, lo que realmente es inaceptable es que una religión se sienta con la autoridad de querer intervenir en la vida política de los países y pretenda imponer sus dogmas también a las personas que no son creyentes, pues a base de declaraciones públicas a nivel internacional ha escandalizado cuanto tema ha querido, entre ellos la eutanasia, para lo cual, en 1993, publicó la *“Nota doctrinal sobre algunas cuestiones relativas al comportamiento y la conducta de los católicos en la vida política”*⁶⁶, estableciendo lineamientos para que los representantes políticos católicos pudieran intervenir en la vida social de sus países con el fin de preservar la cultura católica y defender la vida, lo que significaba rechazar el aborto, la eutanasia y la investigación con embriones.

Dichos principios están basados en sus creencias, argumentando que la aplicación de la eutanasia viola la sacralidad del quinto mandamiento de la Ley de dios “no matarás”, por lo que siendo éste un mandamiento sagrado, solo dios puede quitar la vida, aunque tienen sus propias excepciones para que terminar con la vida sea legítimo ante dios; a) cuando se quita la propia vida o la del otro por inspiración divina, b) cuando se quita la vida en defensa propia atendiendo un caso jurídico o en caso de guerra y c) cuando se mata al tirano que carece de la legitimidad autoritaria⁶⁷. Tales excepciones me parecen contradictorias, pues la eutanasia responde a intereses del propio individuo y solo afecta a este mismo, cuando es sumamente necesario mientras que “matar en una guerra o al tirano que carece de legitimidad

⁶⁶ VEASE: www.elvaticano.com <http://www.opusdei.es/art.php?p=16982>

⁶⁷ Ibid p.110

autoritaria” responde a intereses de terceras personas con el propósito de quitarle la vida a otro ser humano con saña y violencia.

Existen otros grupos dentro de la religión católica que aceptan la eutanasia, pues dichos grupos piensan que la religión se debe actualizar y adaptarse a nuestra época, además de aceptar que los individuos podemos tomar decisiones responsables sobre el final de la vida. Aunque dichos grupos representan una minoría dentro de la iglesia, es de gran importancia que sigan promoviendo su opinión.

Me parece que la iglesia católica debe respetar la libertad y autonomía de los seres humanos, pues en muchas ocasiones dicha institución ha sido un obstáculo para el buen progreso y desarrollo científico, con una serie de prohibiciones que para sus mismos fieles son difíciles de seguir. Es necesario que los debates sobre la eutanasia se hagan bajo lineamientos laicos, cuyas bases se sustenten en hechos éticos.

Proceso de legislación de la eutanasia en los Países Bajos

Como ya he mencionado en capítulos anteriores, los Países Bajos fueron el primer país en el mundo en legalizar la eutanasia, causando gran controversia a nivel internacional y abriendo el debate dentro de muchos países, pero poco se sabe sobre el proceso que permitió dicha legalización.

En el año de 1973, la doctora Gertrudia Postma fue acusada de haber inyectado una dosis letal a su madre, la cual se encontraba en un estado deplorable, pues había sufrido una hemorragia cerebral, la señora se encontraba paralizada, sorda y casi muda, por lo que había pedido a su hija en repetidas ocasiones que le ayudara a morir. La doctora fue juzgada por la corte regional encontrándola culpable, pero su castigo fue solamente una semana de cárcel, tal acto pareció ser sólo de forma simbólica, pues lo que esta mujer hizo fue ayudar a su madre enferma que solo veía a la muerte como su única opción. En respuesta a tal caso comenzaron los primeros pasos del debate sobre la eutanasia, logrando que en 1973 se modificara el código penal que penalizaba la eutanasia, estableciendo que un médico podía prevenir un sufrimiento grave e intolerable, aun cuando esto implicara acortar la vida del paciente⁶⁸.

Después de este caso, hubo muchos otros, que en situaciones similares fueron juzgados por distintas cortes, mismas que buscaron los mejores argumentos para absolver a los médicos. También, en 1973, se fundó la Asociación Neerlandesa de Eutanasia Voluntaria la cual se encarga de dar información a sus miembros sobre las formas de muerte médicamente asistida sirviendo también de mediadora entre médicos y pacientes. En 1980, ésta asociación publicó el libro “Eutanasia justificada del Dr. Pieter Admiraal”⁶⁹. Por otro lado, quienes se oponían a la eutanasia (entre ellas la

⁶⁸ J. Legemaate, *Twenty-five years of Dutch experience and policy on euthanasia and assisted suicide: An overview*, en D. Thomasma *Asking To die. Inside the Dutch debate about euthanasia*, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht en Alvarez, A Op cit p 146

⁶⁹ Ibid p. 146

*La voluntad anticipada es un documento, tipo testamento, en el cual se establece con antelación, que si el individuo (quien firma el testamento) llegara a encontrarse en una condición deplorable como

iglesia católica) comenzaron a hacer un llamado para defender la “santidad” de la vida.

Otro caso importante en este proceso fue el del doctor Shoonheim, quién practicó la eutanasia a una paciente de 85 años de edad, la cual había firmado una voluntad anticipada* en 1980, en donde pedía la eutanasia si se encontrara en una condición que le impidiera vivir dignamente. Un año antes de su muerte, se había fracturado la cadera, posteriormente sufrió un accidente neurológico que causó que perdiera los sentidos del oído y la visión, además de cierta capacidad para hablar y comunicarse, hasta llegar a un estado de inconciencia. Al recuperar la conciencia quedó horrorizada de su estado y pidió a su médico que le aplicara la eutanasia, por lo que éste, al consultar el asunto con su colega y el hijo de la paciente, aceptó acceder a la petición de la señora.⁷⁰

Este caso represento un avance mayor en el debate de la eutanasia, pues se abordó en la Corte el conflicto en el que muchas veces se encuentra el médico, que es el deber legal de no matar y el deber médico de aliviar un sufrimiento intolerable, aquí también se involucró a favor de la eutanasia, la Real Academia Médica Neerlandesa, la cual se encargó de establecer los criterios bajo los que se debía permitir a los médicos la aplicación de la eutanasia. Logrando que la Suprema Corte de los Países Bajos argumentara

estado de coma o vida vegetativa, de manera que impida vivir una vida digna, se dejen de suministrar los mecanismos que le mantienen aun con vida.

⁷⁰ Ibid p. 148

* Comisión de Investigación sobre la Práctica Médica en los Países Bajos

que en ciertos casos el médico podía encontrarse frente a ciertas condiciones que confronten un conflicto de sus deberes.

En el año de 1994, se promulgó una ley en los Países Bajos, la cual especificaba las condiciones en las que se toleraba la eutanasia y otras formas de terminar con la vida, además, de los procedimientos legales que debían seguirse en esos casos, aunque seguía siendo delito su práctica, pues sólo especificaba los criterios que los médicos debían cumplir para no ser procesados.

En 1995 la Comisión Remmelik,* la cual ya había hecho una primera investigación, realizó una nueva con el propósito de evaluar el proceso de notificación, dicha tarea se asignó a un nuevo gobierno que por primera vez no incluía miembros del Partido Demócrata Cristiano, quien se oponía rotundamente a la eutanasia, encontrando alentadores resultados sobre la manera en que se iba logrando un conocimiento sobre la forma en que se tomaban las decisiones médicas sobre los pacientes que estaban próximos al final de su vida y se observó, que existía un mayor número de médicos que seguían procedimientos de notificación. Aunque, aun había cierta desconfianza entre muchos médicos sobre la eutanasia, pues todavía era delito y quien la tuviese que aplicar tendría que enfrentar un juicio al lado de la familia de paciente, siendo así una gran complicación, por lo que se tenía que hacer algo.

En 1997 se aprobó una enmienda a la ley de 1994 para reducir el contexto criminal en el procedimiento de control, estableciendo que un comité multidisciplinario se encargara de revisar los casos de eutanasia.

El siguiente paso se dio en el año 2001, cuando se despenalizó la eutanasia y se esclareció su regulación y práctica. El 1 de abril del 2001 entró en vigor la *Ley de Comprobación de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio al Suicidio*.⁷¹

De acuerdo a la ley holandesa la eutanasia no será delito si el médico la practica respetando los siguientes requisitos:

Que la situación del paciente sea irreversible y el sufrimiento insoportable, que el médico esté seguro que nadie coacciona al paciente y que su petición de morir haya sido expresada más de una vez; que el médico pida la opinión de otro colega que deberá haber visto al paciente. Un dato interesante es que los menores de 12 a 16 años pueden también solicitarla con permiso de sus padres. Los de 16 y 17 años, no necesitan el consentimiento paterno, pero sí su participación en el proceso de decisión. Realmente esta ley es bastante amplia e incluyente, ya que comprende la eutanasia activa, pasiva y el suicidio médicamente asistido.

⁷¹ VEASE <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/euthanasie>

Estudio comparativo entre México y los Países Bajos

En este capítulo se realiza un estudio comparativo entre México y los Países Bajos analizando los principales indicadores poblacionales, socioeconómicos, de educación, religión y salud, con el objetivo de saber si dichos factores son pieza clave para lograr que en México también se pueda dar un proceso que diera como resultado la despenalización de la eutanasia. Para el estudio comparativo se escogió a los Países Bajos por que dicho país es el que más experiencia tiene dentro del tema. Tomando como referencia las características que en parte han permitido el proceso de aceptación de la eutanasia

INDICADORES DE POBLACIÓN

POBLACIÓN	PAÍSES BAJOS	MÉXICO
Población Total	16,577, 612	109,594,066
Composición Étnica	Neerlandeses, indonesios, turcos, surinames y marroquíes	Mestizos, indígenas y extranjeros de origen europeo
Densidad de población	491 hab/km ²	53.4 hab/km ²
Población en el área urbana	89%	74.4%

FUENTE ⁷² Centraal Bureau Voor de Statistiek/ Intituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)

⁷² VEASE <http://www.nationaalkompas.nl/bevolking/>
<http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/home/default.htm>
<http://www.inegi.org.mx>

En este primer indicador se puede observar a primera vista, que México tiene más habitantes que los Países Bajos, pues sabemos que el territorio mexicano es mayor que el territorio neerlandés, aunque la densidad de población en México está por de bajo de los Países Bajos, pues este último es uno de los países con mayor densidad de población en el mundo. Por otro lado, la composición de la población en los Países Bajos es principalmente de inmigrantes, mismos que aumentaron después de la segunda guerra mundial, en México podemos decir que la población esta compuesta principalmente de mestizos, indígenas y de extranjeros de origen europeo, en los cuales es notoria la división ya que las costumbres, principalmente de los pueblos indígenas son diferentes, además de que en la toma de decisiones importantes en el país, la participación de los indígenas es nula. En cuanto al área urbana se observa que es mayor en los Países Bajos a pesar de que la extensión territorial mexicana es mayor y tiene más ciudades.

INDICADORES DE EDUCACIÓN

EDUCACIÓN	PAÍSES BAJOS	MÉXICO
Escuelas	75% privadas	25% privadas
	25% públicas	75% públicas
Obligatoriedad	5 a 18 años de edad	6 a 15 años de edad
Escuelas primarias	1 268 093 alumnos	14 697 915 alumnos
Secundarias	1 400 000 alumnos	8 721 726 alumnos
Educación superior	469 885 alumnos	1 837 884 alumnos
<u>Gasto público en educación (% del PIB)</u>	<u>5,3 %</u>	<u>5.1 %</u>

FUENTES: Centraal Bureau Voor de Statistiek/ Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)

En este cuadro comparativo podemos ver que en los Países Bajos predominan las escuelas privadas, mientras que en México las públicas, en parte es por que el nivel económico neerlandés está muy por encima del nuestro, pues la mayoría de sus habitantes se pueden dar el lujo de pagar colegiaturas en escuelas privadas, mientras que en México existe una gran desigualdad económica en la que solo un pequeño porcentaje de la población puede acceder a escuelas privadas, sin embargo, el gobierno mexicano invierte más porcentaje del PIB en la educación que dicho país, aunque probablemente sea por la misma razón, al ser el principal promotor de la población.

Una última característica, es respecto a la obligatoriedad de estudiar, pues en los Países Bajos se exige que su población joven estudie desde los 5 hasta los 18 años, lo que significa que el bachillerato es obligatorio, mientras que en México solo se exige estudiar hasta la secundaria.

INDICADORES DE RELIGIÓN

RELIGIÓN	PAÍSES BAJOS	MÉXICO
Católicos	31%	88.5%
Otra religión	30 %	8 %
No profesan	39%	3.5%

FUENTES: Centraal Bureau Voor de Statistiek/ Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI)

Aquí vemos que la religión católica predomina en México, mientras que en los Países Bajos es tan sólo del 31% de la población, de hecho las personas que no profesan ninguna religión rebasan el porcentaje de los católicos y otras religiones, por lo que se podría decir que los Países Bajos es un país que en su mayoría relativa no profesa ninguna religión, caso contrario es el de México, al ser un país mayoritariamente católico y con un porcentaje muy pequeño de personas que no profesan ninguna religión.

Me parece que la diferencia tan grande que existe en cuanto a religión en estos países es debido a factores económicos, políticos, sociales y culturales. Un factor cultural que es necesario mencionar es que la religión católica fue impuesta por los españoles al momento de la conquista de México, por lo que la religión católica se ha vuelto parte de la cultura, de hecho algunos autores mencionan que la Virgen de Guadalupe es uno de los principales símbolos de la cultura mexicana.

INDICADORES EN SALUD

	PAÍSES BAJOS	MÉXICO
Esperanza de vida al nacer en hombres	77 años	72 años
Esperanza de vida al nacer en mujeres	81 años	77 años
Tasa global de fecundidad	1,7 hijos por mujer	2.1 hijos por mujer
Tasa bruta de natalidad (por cada 1000)	11 nacimientos	19 nacimientos
Tasa bruta de mortalidad (Por cada 1000)	9 muertes	14 muertes
Probabilidad de morir en hombres adultos entre los 15 y los 60 años (por cada 1000)	89 (por cada 1000)	162 (por cada 1000)
Probabilidad de morir en mujeres adultas entre los 15 y los 60 años (por cada 1000)	65 de cada 1000	94 de cada 1000
Mortalidad en niños menores de 1 año	5 de cada 1000 nacidos vivos	23 cada 1000 nacidos vivos
Mortalidad en niños menores de 5 años	6 de cada 1.000 nacidos vivos	28 de cada 1.000 nacidos vivos
Recién nacidos con peso por debajo de lo normal (2500 g)	0%	8 %
Partos atendidos por personal calificado:	100 %	95%
Gasto público en salud (porcentaje del PIB)	5.8 %	2.7 %
Gasto total Per cápita en salud en millones de dólares	\$3,092,000.00	\$ 655.400.00
Acceso a servicios sanitarios	100 % de población	77 % de población
Médicos por cada 100 mil personas	329	171
Enfermeros por cada 100 mil personas	1,373	90

Fuente: OMS Estadísticas Sanitarias Mundiales 2007, INEGI 2005, Centraal Bureau Voor de Statistiek

En este cuadro comparativo se observa que la esperanza de vida al nacer en los Países Bajos es mayor que en México, lo que significa que su sólo nivel de vida les garantiza que vivirán más años que los mexicanos, aunque es muy poca la diferencia, pero en el caso de la tasa de mortalidad, la

posibilidad de morir de un mexicano es el doble de la de un neerlandés. Un dato curioso es que a pesar de que la tasa de natalidad en México es mayor, en los Países Bajos hay una mayor densidad de población. En el caso de la tasa de mortalidad en niños de 1 y 5 años se observan cifras realmente muy dispares, pues en el caso de México la probabilidad de que tales niños mueran es 5 veces mayor que la de los niños neerlandeses. Todo esto se ve reflejado en el dinero que invierte México al sector de salud, pues se observa que es 5 veces menor del invertido por el gobierno neerlandés. Tomando en cuenta que el número de médicos que hay en México, representa sólo la mitad de los que hay en los Países Bajos. Lo que si creo que es alarmante es el número de enfermeros que hay en México, pues se contabilizan 14 veces menos de los que hay en los Países Bajos, por lo que no es de extrañarse que ésta sea una de las causas de que los cuidados paliativos no estén garantizados para los pacientes terminales, pues el área de enfermería es de gran importancia en estos cuidados.

Como conclusión de los cuadros comparativos puedo decir que México tiene muchas deficiencias que en primer instancia se deben resolver, empezando con el tema de la religión, pues como ya he analizado, la religión en muchas ocasiones resulta contraproducente, pues frena el progreso, caso que se observó en los Países Bajos cuando el Partido Demócrata Cristiano estuvo presente el debate sobre la eutanasia no tenía grandes avances y fue hasta que dicho partido salió del poder cuando hubo mejores resultados. En el caso de México legalmente no hay “partidos religiosos”, aunque ciertos partidos políticos suelen tener vínculos con la iglesia católica, pues muchas

de sus posturas están basadas en argumentos religiosos, además de que la población mexicana es mayoritariamente católica. Por lo que se debe hacer entender a la población que las decisiones importantes que se tomen en el país, deben ser bajo principios laicos.

Por el lado económico, lo cual repercute en la educación, es necesario que la gran desigualdad económica disminuya, para que en México se puedan elevar los estándares de nivel de vida, educación, salud, entre otros.

Sobre el área de salud también se tienen que aplicar grandes cambios, pues el gobierno debe invertir más en dicho sector para poder garantizar el acceso al servicio médico a toda su población; mediante la creación de más hospitales, el mejoramiento de sus servicios, capacitación constante a sus médicos y es de suma importancia que se promuevan los estudios de enfermería.

Argumentos a favor y en contra de la legalización

Como ya hemos visto, existen posiciones que consideran positiva la eutanasia y por otro lado también están los grupos que la condenan.

Argumentos a favor:

- La enfermedad terminal produce en ocasiones inmensos sufrimientos y dependencias que hacen que la vida pierda su calidad y significado.

- Existen vidas humanas que han perdido la calidad del bien jurídico y que han sido privadas de la continuidad de su existencia, tanto para la misma persona como para la comunidad en que se encuentran. Tales personas son los pacientes en estado vegetativo o los enfermos que a consecuencia de su padecimiento o lesión están clínicamente desahuciados y han perdido el conocimiento.

- Resulta inhumano e insensato conservar en vida a un paciente terminal, cuando él ya no quiere vivir más y una simple inyección podría poner fin a su lamentable estado.

- Cuando el mal que está aquejando al paciente es incurable y el diagnóstico médico indica que actualmente se desconoce el método para curar al enfermo, no es conveniente mantenerlo agonizante si su padecimiento lo va a llevar pronta y dolorosamente a una muerte segura. Por lo tanto es en vano el padecimiento que se sufre en dicha circunstancia.

- El hombre es dueño de su propia vida y puede libremente decidir ponerle fin a ésta, por su cuenta o con ayuda de otros, cuando ya no tiene más deberes que cumplir con respecto a su familia y a la sociedad.

- Es una práctica que se viene presentando de manera cotidiana, pero evidentemente clandestina. Con la aprobación de leyes al respecto, se podría tener un control más eficiente y garantizaría el derecho del paciente a una muerte digna, favoreciendo así la autonomía del individuo y su derecho a una muerte digna.

Argumentos en contra⁷³

Religiosos.- La vida humana es considerada un valor supremo. Dios da la vida y sólo él la puede quitar.

Culturales.- La eutanasia conlleva el peligro de erosionar el respeto hacia la vida.

Sesgo.- En determinadas situaciones puede considerarse que enfermos con síndrome de inmunodeficiencia adquirida, ancianos abandonados, alcohólicos, personas de raza negra o pacientes muy pobres puedan convertirse erróneamente en candidatos no voluntarios a la eutanasia.

Probable abuso.- También la llamada pendiente resbaladiza (slippery slope) en alusión a las atrocidades cometidas por el régimen nazi.

⁷³ Kraus Arnoldo, "Eutanasia: Pensar en el ser humano" en Ciencia y Desarrollo Vol. 24, mayo 2008 p. 37

Sobre la medicina.- Modifica el concepto básico de que el médico siempre cura.

Eutanasia sugerida.- La eutanasia puede caer en el abuso, aplicándola con la finalidad de disminuir el estrés en las familias, en los propios médicos y en ocasiones para liberarse de la carga económica.

Error de diagnóstico.- La medicina no es una ciencia exacta y algunos médicos pueden equivocarse al emitir un diagnóstico.

Laxitud médica.- Se refiere al relajamiento en la continuación y el vigor del tratamiento de aquellos enfermos en quienes la evolución ha sido mala, por lo que en lugar de concentrarse en el manejo del paciente, algunos médicos podrían sugerir la eutanasia para disminuir su sensación de fracaso.

¿Posible legalización de la eutanasia en México?

En México, en el año 2005 se constituyó la Comisión Nacional de Bioética, con autonomía técnica y operativa, la cual se ha encargado de promover la cultura de la bioética, mediante la creación de comités en hospitales, estableciendo políticas públicas con temática bioética y ha propiciado los principales temas del debate. Además de contar con otras asociaciones

como son el Colegio de Bioética, los comités hospitalarios y otras organizaciones.

También he de mencionar que algunos diputados y senadores del PRD, PRI y PAN han presentado iniciativas para hacer legal la práctica de la eutanasia y el suicidio asistido, aunque no tuvieron éxito en su aceptación, lo importante es que algunos de nuestros representantes políticos ya comenzaron a preocuparse por los derechos de los pacientes terminales.

La primera iniciativa de ley en México fue ***La ley general de los derechos de las personas en estado terminal***⁷⁴, la cual fue presentada el 18 de mayo del 2005 ante la Comisión de Justicia y Derechos humanos de la Cámara de Diputados, propuesta por la Diputada del PRD Eliana García Laguna, dicha ley contempla la despenalización de la eutanasia activa y el suicidio asistido. Esta ley destaca con mayor énfasis dos aspectos muy importantes; por un lado el dolor y el sufrimiento y por el otro la autonomía. Esta propuesta de ley presenta algunas incongruencias en el significado de los conceptos, además de que no menciona cómo se fomentaría la información sobre los derechos de los pacientes, entre otras cosas. Aunque dicha iniciativa no prosperó, dio apertura al debate sobre la eutanasia en nuestro país, pues repercutió también en los medios de comunicación y así mismo, se sumó al debate el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM.

⁷⁴ VEASE ANEXO 1

El 12 de abril del 2007 se presentó la segunda propuesta: ***Ley general de suspensión de tratamiento Curativo***⁷⁵ ante la Cámara de Senadores, por parte del Diputado del PRD Lázaro Mazón, en la cual se vuelve a hacer énfasis en el dolor y el sufrimiento, añadiendo la forma en que éstos se presentan.

En la parte de exposición de motivos hace mención respecto a la eutanasia indirecta, de la cual se transcribe el siguiente párrafo:

"Si el médico consta que no puede tratar el dolor de una persona en fase avanzada o terminal de una enfermedad grave e incurable (...) más que aplicándole un tratamiento que como efecto secundario puede abreviar la vida, debe informar al paciente, y a la familia o a la persona de confianza".

Con respecto al articulado de dicha iniciativa, se retoma de manera textual el siguiente artículo:

Artículo 25.- *El paciente en estado terminal tiene derecho a la suspensión de tratamiento curativo en los términos dispuestos por esta Ley.*

Esta iniciativa también presenta varias incongruencias, pues las definiciones que presentan no son del todo convincentes, ya que no hace una distinción entre la eutanasia activa, pasiva, directa e indirecta. Está de más decir que esta iniciativa tampoco prosperó.

⁷⁵ VEASE ANEXO 2

Una tercera iniciativa fue presentada el 23 de agosto del 2007 por las Senadoras del PAN; María Teresa Ortuño y Blanca Judith Díaz Delgado bajo el nombre de ***Ley general que garantiza los derechos de los enfermos en situación terminal***⁷⁶

Como se puede observar, en esta iniciativa se privilegian los cuidados paliativos y especifica que el Estado tiene el deber de crear las normas y las condiciones objetivas para que todas las personas puedan vivir una vida digna. Reconoce que el sistema de salud en nuestro país, carece de áreas de tanatología. Establece los límites de la responsabilidad médica y resalta la autonomía del individuo. Profundiza en velar por los derechos de los pacientes en situación terminal bajo el contexto de que la muerte digna es un proceso natural. Aunque esta iniciativa es interesante tampoco tuvo éxito.

La cuarta iniciativa de ley fue la ***Ley de Voluntad Anticipada del Distrito Federal***, misma que prosperó y fue aprobada y el 7 de enero del 2008 se publicó en la gaceta del D.F.

La *Ley de Voluntad Anticipada del Distrito Federal*⁷⁷, utiliza la expresión “Ortotanasia”, la cual equivale a la eutanasia pasiva. Aunque dicha ley no soluciona el verdadero problema, pues como recordaremos, la eutanasia pasiva provoca la muerte como efecto de la suspensión de acciones

⁷⁶ VEASE ANEXO 3

⁷⁷ VEASE ANEXO 4

médicas, pero los dolores y la agonía culminan hasta que llega la muerte. Esto quiere decir que de todas formas el paciente tiene que sufrir los dolores de su condición, tales que en algunas enfermedades son insoportables. Esta ley también respeta que el médico tratante pueda negarse a aplicar la eutanasia pasiva. Esta ley no provocó altercados con la iglesia católica, ya que dicha institución acepta la eutanasia pasiva.

La Ley General de Salud dice que la atención médica es el conjunto de servicios que tienen como fin promover y restaurar la salud y recientemente se ha anexado un apartado con el título “De los cuidados paliativos a los enfermos en situación terminal”. Legalmente todavía ningún médico puede aplicar la eutanasia activa, aunque actualmente se discute en el Senado una propuesta por parte del PRI para ampliar la ley de Voluntad Anticipada.⁷⁸

Se reconoce que la Ley de Voluntad Anticipada del D.F., representa un primer paso en nuestro sistema legislativo sobre la posibilidad de que las personas puedan tomar mejores decisiones del final de la vida, aunque es necesario seguir debatiendo y presentando propuestas, así como difundir el tema a la población para que de esta forma se incremente la participación de la sociedad en el debate sobre la eutanasia.

⁷⁸ VEASE ANEXO 5

Conclusiones

Me parece que en México se puede promover más el debate sobre la eutanasia, por medio de los medios de información los cuales juegan un papel importante en la sociedad, mismos que con apoyo del gobierno deberían comprometerse a transmitir la información con mayor claridad y mejor calidad, de manera laica y con respeto, pues se sabe que en nuestro país desafortunadamente existen muchos medios informativos que dan a conocer la información bajo posiciones amarillistas y prejuiciosas.

También es importante señalar que el sistema de salud debe reformarse todavía más, de manera que garantice a toda la población el acceso médico, pues muchos de los pacientes terminales no tiene acceso a los cuidados paliativos, los cuales son muy importantes, pues todos los enfermos terminales tienen el derecho de recibirlos y en algunas ocasiones disminuyen los casos de solicitud de la eutanasia. De tal forma, que si se llega a aprobar una ley de despenalización de eutanasia, el sistema de salud garantice también los adecuados cuidados paliativos y el proceso eutanásico se realice con ética y sea resultado de un proceso reflectivo y no como una sola alternativa ante los malos servicios del sector salud.

Por otro lado, también se debe promover que los debates sobre la eutanasia no estén influenciados por grupos religiosos, pues los preceptos bajo los que señalan a la eutanasia como un crimen imperdonable, carecen de sustento científico y no toda la población comparte sus dogmas, además de que

siendo México un país laico, se debe respetar los principios que nuestra constitución garantiza.

Un aspecto importantes es que las ciencias sociales y la sociología principalmente en colaboración con los Institutos de Investigación Social deben contribuir al debate y realizar investigaciones que nutran a éste, especialmente con los enfermos terminales y sus familias, pues la eutanasia y los demás temas que estudia la bioética constituyen en primera instancia un problema social que repercute en la sociedad entera, más aún en el caso de la eutanasia, pues todos los individuos llegaremos la etapa final de la vida y nadie nos puede garantizar que nuestra muerte sea rápida y sin sufrimiento, si no tenemos leyes que garanticen nuestros derechos. Siguiendo la misma línea me parece que la bioética también debe de hacer un gran llamado a las ciencias sociales para aportar su visión al debate bioético.

Finalmente concluyo exponiendo mi opinión, la cual fundamento mediante el análisis de mi investigación, que actualmente la sociedad mexicana no está preparada para la despenalización de la eutanasia, pues ésta se debe dar como resultado de un proceso evolutivo de nuestra sociedad, de tal forma que la población sea quien demande dicha ley, pues mientras en los individuos no haya conciencia sobre el problema de los derechos de los enfermos terminales, los grupos amarillistas y prejuiciosos como los religiosos seguirían siendo un obstáculo para la evolución de nuestra sociedad.

Glosario⁷⁹

Alimentación intravenosa: Administración de nutrientes a través de una vena o varias venas.

Atención médica: Todo cuidado que se le da al paciente con propósito de aliviar o suprimir los síntomas producidos por la enfermedad.

Barbitúricos: Son drogas que actúan como sedantes del sistema nervioso central y virtud, producen un amplio esquema de efectos, desde la sedación suave hasta la anestesia. Principalmente se usan en pacientes con enfermedades crónicas para aminorar sus dolores.

Despenalizar: Dejar de tipificar como delito o falta una conducta anteriormente castigada por la ley; dar a una determinada conducta, hasta aquel momento castigada por el Código Penal.

Ética: Del latín *ethicus*, y este del griego ἠθικός. Conjunto de normas morales que rigen la conducta humana.

Encarnizamiento terapéutico: Expresión coloquial, se refiere a la utilización de tratamientos que intentan prolongar inútilmente la vida del paciente.

⁷⁹ * Diccionario de la Real Academia Española 21ª edición. Editorial Espasa Calpe. Madrid, 1992.

* Ferrater Mora José. Diccionario de Filosofía. ED. Sudamericana, Buenos Aires Argentina. 2002

* Jorge Joven Maried. Diccionario de medicina. Editorial Marín, 2006

Legalizar: Dar a una determinada conducta - que hasta ese momento era castigada por el Código Penal-, la categoría de acto permitido por la ley. La legalización implica el reconocimiento de un derecho exigible por parte del ciudadano incluso ante los tribunales, y corresponde a una conducta normalizada socialmente.

Legislar.- Dar, hacer o establecer leyes.

Enfermedad terminal: Presencia de una enfermedad incurable, progresiva y avanzada, en situación de imposibilidad razonable de respuesta del paciente a un tratamiento específico y con un pronóstico vital inferior a seis meses.

Enfermo desahuciado: El que padece una enfermedad para la que no existe un tratamiento curativo y que es mortal, aunque no necesariamente a corto plazo.

Medidas extraordinarias: Aquellas que tienen que ver con la denominada “tecnología de punta” y que, por lo mismo, son muy especializadas y costosas (cirugía cardíaca, trasplantes, diálisis, resucitación cardiopulmonar, hiperalimentación). Su empleo generalmente obliga a internar a un paciente en una Unidad de Cuidado Intensivo.

Moral Del lat. *Morālis*. Perteneiente o relativo a las acciones o caracteres de las personas, desde el punto de vista de la bondad o malicia.

Negligencia humana: Voluntaria omisión de diligencia en calcular las consecuencias posibles y previsibles del propio hecho.

Paciente Terminal: Persona que presumiblemente fallecerá en un futuro cercano, como consecuencia de enfermedad o lesión grave con diagnóstico cierto y sin posibilidad de tratamiento curativo.

Padecimiento: Palabra que engloba dolor y sufrimiento, y que sirve para designar toda clase de sensaciones anímicas y corporales, emotivas y afectivas, provocadas por la conciencia de alguna dolencia.

ANEXO 1

PRIMERA INICIATIVA DE LEY EN MÉXICO LEY GENERAL DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS ENFERMAS EN ESTADO TERMINAL

No. 20

Año 2005

Miércoles 18 de Mayo

2° Año de Ejercicio.

Segundo Periodo Permanente Iniciativas de Ciudadanos Legisladores De la Dip. Diana Bernal Ladrón de Guevara, a nombre de la Dip. Eliana García Laguna, del Grupo Parlamentario del Partido de la Revolución Democrática, la que contiene proyecto de decreto por el que se adiciona un segundo párrafo al artículo 312 del Código Penal Federal, se adiciona la fracción V al artículo 1501 y un Capítulo IX al Título Tercero del Código Civil Federal y se crea la Ley General de los Derechos de las Personas Enfermas en Estado Terminal.

SE TURNO A LA COMISIÓN DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS DE LA CÁMARA DE DIPUTADOS.

INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE ADICIONA UN SEGUNDO PÁRRAFO AL ARTÍCULO 312 DEL CÓDIGO PENAL FEDERAL; SE ADICIONA LA FRACCIÓN V AL ARTÍCULO 1501 Y UN CAPÍTULO IX AL TÍTULO TERCERO DEL CÓDIGO CIVIL FEDERAL Y SE CREA LA LEY GENERAL DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS ENFERMAS EN ESTADO TERMINAL, para quedar como sigue:

ARTÍCULO PRIMERO. Se adiciona un segundo párrafo al artículo 312 del Código Penal Federal para quedar como sigue:

Artículo 312 ...

En los casos a que se refiere el párrafo anterior, la conducta no será punible en el caso de que haya sido por petición expresa, libre, reiterada, seria e inequívoca del sujeto pasivo y sea aplicado por un médico como se señala en la Ley General de los Derechos de las Personas Enfermas en Estado Terminal, y se lo haya comunicado al Comité de Bioética.

ARTÍCULO SEGUNDO. Se adiciona la fracción V al artículo 1501 y se adiciona un capítulo IX al Título Tercero del Código Civil Federal para quedar como sigue:

TÍTULO TERCERO

De la Forma de los Testamentos

CAPÍTULO I

Disposiciones Generales

Artículo 1501.- El especial puede ser:

I ...

II ...

III...

IV...; y

V. De vida.

TÍTULO TERCERO

CAPÍTULO IX

DEL TESTAMENTO DE VIDA

Artículo 1598 bis. Testamento de Vida es el documento jurídico revocable, unilateral, personalísimo; por medio del cual una persona física capaz, dispone sobre aquellos tratamientos tendientes a reanimar y/o prolongar su vida. Es derecho de la persona enferma en estado terminal la expresión de su voluntad en cualquier momento, de forma verbal y escrita, respecto a los tratamientos tendientes a reanimar o prolongar su vida.

Es un derecho de la persona enferma en estado terminal la revocación total o anulación total del Testamento de Vida en cualquier momento, sin responsabilidad alguna de ningún tipo.

La persona enferma en estado terminal deberá tener conocimiento y acceso en todo momento al formato de Testamento de Vida.

El médico tratante o, en su caso, el profesional de la salud responsable de la atención de la persona enferma en estado terminal deberá informar sobre la existencia y uso del Testamento de Vida.

El médico tratante deberá actuar conforme a las disposiciones estipuladas en el Testamento de Vida por la persona enferma en estado terminal. En caso de la no existencia ni la capacidad para la expresión de la persona enferma en estado terminal, se actuará conforme a quien designe la ley como representante jurídico. No existirá impedimento para que los familiares, el tutor o el representante legal decidan solicitar o no, aceptar o no, aquellos tratamientos tendientes a reanimar o prolongar la vida de la persona enferma en estado terminal.

Artículo 1598 La elaboración del Testamento de Vida se deberá realizar por la persona enferma en estado terminal, bajo las siguientes condiciones y requisitos:

I.- Estar, en pleno uso de sus facultades mentales, dictaminado por el médico tratante y/o por el especialista en salud mental designado para tal fin;

II.- Ser mayor de edad;

II.I.- Los menores de edad se sujetarán a la voluntad de quien ejerza la patria potestad;

III.- Estar previa y ampliamente informado sobre las alternativas terapéuticas;

IV.- Sin presión alguna; es decir: de forma libre, autónoma y voluntaria; y

V.- Cumplir las formalidades para la validez del Testamento de Vida.

Artículo 1598 Quarter. El Testamento de Vida deberá firmarse ante notario público o, en ausencia del mismo, firmado por cuatro testigos, sin ningún vínculo de parentesco o relación patrimonial y dos más que deben ser los familiares, tutores o representantes legales. En ausencia o negativa a firmar por parte de los mencionados anteriormente, deberá ser firmado por cuatro integrantes del personal médico de la institución de salud que preste el servicio.

ARTÍCULO TERCERO. Se expide la Ley General de los Derechos de las Personas Enfermas en Estado Terminal para quedar como sigue:

LEY GENERAL DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS ENFERMAS EN ESTADO TERMINAL

Título Primero

Disposiciones Generales

Capítulo Primero

Del Objeto y del Ámbito de Competencia.

Artículo 1.- La presente ley es de aplicación general en toda la República y sus disposiciones son de orden público e interés social, regula los derechos de las personas enfermas en estado terminal y las obligaciones para con ellos de quienes constituyen el Sistema Nacional de Salud, de acuerdo al artículo 5º de la Ley General de Salud.

Capítulo Segundo

De las Definiciones

Artículo 2.- Para los efectos de esta ley se entenderá por:

I.- Enfermedad terminal: A todo padecimiento reconocido, progresivo, irreversible e incurable que se encuentra en estado avanzado y existe certeza de muerte cercana a seis meses;

II.- Persona enferma en estado terminal: Aquella persona con diagnóstico de alguna enfermedad reconocida, progresiva, irreversible e incurable, cuyo tratamiento sea solamente un paliativo; y se espera, como consecuencia de la enfermedad, la muerte, en un lapso de tiempo cercano a seis meses;

III.- Derecho a la información: La seguridad de acceder oportunamente a la información total sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la enfermedad que se padezca, lo cual está establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica. Así como el conocimiento de los derechos y beneficios que esta ley les otorga;

IV.- Condición general de salud: El estado clínico del paciente, sustentado por los profesionales de la salud;

V.- Tratamiento paliativo: Todas aquellas medidas orientadas a reducir los sufrimientos físico y emocional producto de una enfermedad terminal sin afectar el curso natural de la misma que se llevan a cabo por profesionales de la salud y cuyo fin es el de mantener y si es posible incrementar el potencial de bienestar de cada paciente en forma individual, familiar y social intentando mejorar su calidad de vida.

a) Tratamiento médico asistencial: Aquel orientado a reducir los signos y síntomas físicos producto de la propia enfermedad y/o tratamiento de ésta; con el reconocimiento del derecho a acceder a analgésicos opiodes, en particular a la morfina, considerándose a ésta

como el tratamiento de elección en la mayor parte de los casos de enfermedades terminales o no que producen dolor moderado a severo conforme se establece en la rama de la clínica del dolor. El acceso a la misma deberá ser facilitado por las instituciones correspondientes cuando el médico tratante así lo indique en dosis adecuadas y por el término de tiempo apropiado y necesario y ningún hospital ni institución de salud podrá restringir o prohibir el uso de estas sustancias cuando sean prescritas por un médico especialista en clínica del dolor para una persona diagnosticada con dolor. Analgésicos opioides: Estupefacientes, los referidos en el Capítulo V, artículos 234 al 244, de la Ley General de Salud, y todos los demás relacionados con este tema.

b) Tratamiento psicosocial: Aquel orientado a reducir el sufrimiento emocional y mejorar las condiciones individuales, familiares y sociales de quienes son afectados por la enfermedad.

VI.- Profesional de la salud: Todo aquel profesional capacitado para brindar servicio asistencial en el ámbito de la salud, previo reconocimiento por instituciones acreditadas por las autoridades educativas, como son: escuelas, institutos y universidades de nivel técnico y superior, que le autoricen el ejercicio de dichas labores;

VII.- Calidad de vida: Es un estado objetivo y subjetivo de bienestar físico, psicológico y social. Cada paciente tiene el derecho de expresar las variables que definan su propio concepto de calidad de vida. Este derecho podrá ser ejercido por el representante legal en caso de que la persona enferma en estado terminal se encuentre incapacitada para manifestarlo;

VIII.- Enfoque tanatológico: Comprensión de las pérdidas bio-psicosociales que conlleva el padecer una enfermedad terminal, tanto para la propia persona enferma en estado terminal como para los familiares, y los procesos que a partir de ésta se desencadenan, tal es el caso del duelo, entre otros. Ofreciendo alternativas para una mejor comprensión, aceptación y/o capacidad de enfrentar la muerte.

IX.- Duelo: Proceso gradual de adaptación psicológica a las pérdidas reales o potenciales; dicho proceso implica la presencia, en un primer momento, de un estado de crisis y/o impacto emocional severo en la persona que lo vive. Dicho enfoque lo adquiere el profesional de la salud previa formación en el campo, en institución reconocida y/o mediante la experiencia clínica y profesional;

X.- Terminación Voluntaria de la Vida: Cuando la persona enferma en estado terminal, haciendo uso de sus facultades, decide de forma libre y autónoma terminar con su vida. Este concepto se subdivide de la siguiente manera:

a) Asistencia para la Terminación Voluntaria de la Vida: Cuando a solicitud de la persona enferma en estado terminal, el médico autorizado suministra los fármacos en dosis adecuadas, para que la persona en estado terminal, sin sufrimiento, se dé muerte a sí mismo, previamente plasmado en su Solicitud de Terminación Voluntaria de la Vida, la cual deberá ser aprobada por el Comité de Ética Médica;

b) Terminación Voluntaria de la Vida de forma activa: Cuando el médico autorizado, directa o indirectamente (a través del personal de salud), provoca la muerte de la persona enferma en estado terminal sin sufrimiento, suministrando fármacos en dosis adecuadas. Después de que la persona enferma en estado terminal lo solicita y lo plasma en su Solicitud de

Terminación Voluntaria de la Vida, la cual deberá ser aprobada por el Comité de Ética Médica; y

c) Terminación Voluntaria de la Vida de forma pasiva: Cuando, a solicitud de la persona enferma en estado terminal, el médico autorizado interrumpe o no inicia el tratamiento o cualquier otro medio que contribuya a la prolongación de su vida.

XI.- Solicitud de Terminación Voluntaria de la Vida: Documento jurídico revocable, unilateral y personalísimo por medio del cual una persona enferma en estado terminal solicita de forma libre, voluntaria y autónoma se le otorgue los medios necesarios para la interrupción de su vida;

XII.- Instituciones de salud: Establecimientos, sean públicos o privados, que brinden servicios de atención médico-asistencial y psicosocial ambulatoria o de internamiento o de visita domiciliaria, y

XIII.- Comités de Bioética: Comité integrado en cada institución de salud, sea pública o privada, y cuya función es la de ser los órganos encargados de dictaminar en torno de las Solicitudes de Terminación Voluntaria de la Vida recibidas.

Título Segundo

De los Derechos de las Personas Enfermas en Estado Terminal

Capítulo Único

Artículo 3.- Las personas enfermas en estado terminal tendrán derecho a:

- I.- La información;
- II.- Recibir tratamientos paliativos;
- III.- El Testamento de Vida, y
- IV.- La Terminación Voluntaria de la Vida.

Título Tercero

De los Derechos y Obligaciones

Capítulo

Sobre el Derecho a la Información

Artículo 4.- Toda persona enferma en estado terminal tiene derecho a que se le brinde la información verídica y oportuna sobre su enfermedad, evolución, tratamiento y alternativas terapéuticas de la misma, así como sobre su condición general de salud y pronóstico.

Artículo 5.- Toda persona enferma en estado terminal tiene derecho a que se le informe amplia y detalladamente sobre los derechos y beneficios que le otorga la presente ley;

Artículo 6.- La persona enferma en estado terminal podrá solicitar en cualquier momento un informe detallado escrito y oral de fácil acceso a su entendimiento sobre su enfermedad, diagnóstico, tratamiento y pronóstico, así como de su condición general de salud, así como de los derechos que tiene como persona enferma en estado terminal estipulados en esta ley.

Artículo 7.- La persona enferma en estado terminal, mayor de edad, en pleno uso de sus facultades mentales, podrá extender este derecho a sus familiares o designar a persona de su confianza.

Artículo 8.- La persona enferma en estado terminal, mayor de edad, en pleno uso de sus facultades mentales, podrá negar que sus familiares tengan acceso a la información mencionada en el artículo anterior.

Artículo 9.- Independientemente de la decisión que tome la persona enferma en estado terminal, respecto del artículo anterior, el médico tratante o, en su caso, el profesional de salud responsable que la atienda están obligados a respetar la confidencialidad sobre su padecimiento o las decisiones que tome respecto a él, excepto en los casos que señale la ley.

Artículo 10.- Cuando la persona enferma en estado terminal sea menor de edad, la información se proporcionará a los familiares, al tutor o al representante legal.

Artículo 11.- El médico tratante o, en su caso, el profesional de salud responsable de atender a la persona enferma en estado terminal, tendrán la obligación de informarle abierta, clara, respetuosa, específica y oportunamente del diagnóstico, tratamiento, pronóstico y la condición general de salud en que se encuentra, así como a lo que tiene derecho según lo dispuesto por la presente ley. Asimismo, el médico tratante o, en su caso el profesional de la salud respetará el hecho de que la persona enferma en estado terminal no desee tener conocimiento sobre dicha información.

Capítulo II

Del Tratamiento Paliativo

Artículo 12.- La persona enferma en estado terminal y su familia tienen derecho a que se les brinden, según sus requerimientos, los tratamientos paliativos por parte del profesional de la salud, en el orden médico-asistencial y psicosocial que corresponda, bajo un enfoque tanatológico.

Artículo 13.- Es un derecho de la persona enferma en estado terminal el tratamiento paliativo médico-asistencial, orientado al control de los signos y síntomas físicos producto de la propia enfermedad o tratamiento de ésta y mejorar su calidad de vida.

Artículo 14.- Es un derecho de la persona enferma en estado terminal, dentro del tratamiento paliativo médico-asistencial, el acceso a analgésicos opioides, en particular la morfina o medicamentos afines.

Artículo 15.- Es un derecho de la persona enferma en estado terminal y de su familia el tratamiento paliativo psicosocial orientado a reducir el sufrimiento emocional y mejorar su calidad de vida.

Artículo 16.- Los profesionales de la salud tendrán la obligación de proporcionar los tratamientos paliativos a la persona enferma en estado terminal y a su familia, bajo un enfoque tanatológico.

Capítulo III

De la Terminación Voluntaria de la Vida y de la Solicitud de la Terminación Voluntaria de la Vida

Sección Primera Terminación Voluntaria de la Vida

Artículo 17.- Toda persona enferma en estado terminal tendrá el derecho de solicitar la Terminación Voluntaria de la Vida.

Artículo 18.- Los profesionales de la salud deberán respetar la decisión de la persona enferma en estado terminal en función de la Terminación Voluntaria de la Vida.

Artículo 19.- El médico autorizado por la institución para la Terminación Voluntaria de la Vida deberá ejecutar dicho acto de forma directa o indirecta a través del personal de salud autorizado, una vez que cuente con la resolución favorable del Comité de Bioética en el sitio que la persona enferma en estado terminal designe y la institución médica pueda facilitar.

Artículo 20.- La aplicación de la Terminación Voluntaria de la Vida puede ser suspendida, incluso momentos antes de su ejecución, a solicitud de la persona enferma en estado terminal o por un tercero que haya detectado vicios en el procedimiento legal. En estas circunstancias se levantará acta médica, suscrita por la persona enferma en estado terminal o el personal involucrado, donde se manifieste el motivo de la suspensión. La persona enferma en estado terminal que se encuentre en la condición de ser atendida fuera de las instituciones de salud y hagan esta solicitud serán referidos a la institución que designe la Secretaría de Salud para tal efecto, apegándose a los lineamientos que esta ley establece.

Artículo 21.- Todas las circunstancias relacionadas con la Solicitud de Terminación Voluntaria de la Vida de la persona enferma en estado terminal deberán ser anotadas en el expediente clínico institucional.

Sección Segunda La Solicitud de la Terminación Voluntaria de la Vida

Artículo 22.- Es derecho de toda persona enferma en estado terminal la expresión de su voluntad en cualquier momento, de forma verbal y escrita, respecto a la Solicitud de la Terminación Voluntaria de la Vida.

Artículo 23.- Es un derecho de la persona enferma en estado terminal la revocación total o anulación total de la Solicitud de Terminación Voluntaria de la Vida en cualquier momento, sin responsabilidad alguna de ningún tipo.

Artículo 24.- La persona enferma en estado terminal deberá tener conocimiento y acceso en todo momento al formato de Solicitud de Terminación Voluntaria de la Vida.

Artículo 25.- El médico tratante o, en su caso, el profesional de la salud responsable de la atención de una persona enferma en estado terminal deberá informar sobre la existencia y requisitos referentes a la Solicitud de Terminación Voluntaria de la Vida.

Artículo 26.- Cubiertos los requisitos legales, y previa autorización del Comité de Bioética de la institución tratante, el médico autorizado, o el personal designado para tal fin por la institución, deberá actuar conforme a las disposiciones estipuladas en la Solicitud de Terminación Voluntaria de la Vida de la persona enferma en estado terminal.

Título Cuarto De los Requisitos

Capítulo I

De los Requisitos para el Derecho a la Información

Artículo 27.- El derecho a la información se ejercerá a solicitud de:

- a) La persona enferma en estado terminal;
- b) Los familiares, tutor o representante legal, en su caso; o

c) La persona de confianza a quien haya designado la persona enferma en estado terminal.

Capítulo II

De los Requisitos para el Derecho a los Tratamientos Paliativos

Artículo 28.- Tendrán derecho a los tratamientos paliativos:

- a) La persona enferma en estado terminal; o
- b) Los familiares de la persona enferma en estado terminal.

Capítulo III

De los Requisitos para la Elaboración de la Solicitud de Terminación Voluntaria de la Vida

Artículo 29.- La elaboración de la Solicitud de Terminación Voluntaria de la Vida se deberá realizar por la persona enferma en estado terminal, bajo las siguientes condiciones y requisitos:

- I. Estar en pleno goce de sus facultades mentales, dictaminado por el médico tratante y/o por el especialista en salud mental designado para tal fin;
- II. Ser mayor de edad; y
- III. Los menores de edad se sujetarán a la voluntad de quien ejerza la patria potestad; Estar previa y ampliamente informado sobre las alternativas terapéuticas;
- IV. Haber recibido tratamiento paliativo adecuado, especialmente aquellos encaminados al alivio del dolor y otros síntomas que ocasionen un gran sufrimiento físico, incluso por personal capacitado en clínica del dolor y cuidados paliativos a pesar de todo lo cual la persona enferma en estado terminal no obtenga alivio suficiente; V. Sin presión alguna; es decir, de forma libre, autónoma y voluntaria;
- VI. Cumplir todas las formalidades para la validez de la Solicitud de Terminación **Voluntaria de la Vida; y**
- VII. Se deberá entregar una copia de la solicitud al Comité de Bioética de la institución de salud que preste el servicio, para su análisis y dictamen.

Capítulo IV

De los Requisitos para el Cumplimiento del Derecho de la Terminación Voluntaria de la Vida

Artículo 30.- La persona enferma en estado terminal deberá:

- I. Establecer su voluntad previamente en la Solicitud de Terminación Voluntaria de la Vida, cumpliendo todas las formalidades necesarias y estableciendo las condiciones en que la persona enferma en estado terminal desea que la Terminación Voluntaria de la Vida se lleve a cabo;
- II. Contar con la resolución favorable del Comité de Bioética de la institución de salud que presta el servicio, una vez transcurrido el proceso de dictaminación, incluyendo el sitio, fecha, hora y medios necesarios y personal autorizado para la Terminación Voluntaria de la Vida.
- III.- Deberá someterse a la persona enferma en estado terminal solicitante a una intervención psicológica, cuyo fin sea el esclarecimiento del impacto, ventajas y desventajas del ejercicio de este derecho, con el fin de que la persona enferma en estado terminal ratifique su decisión. Dicha intervención deberá ser realizada por un especialista en salud mental, con experiencia en personas enfermas en estado terminal, previo conocimiento del caso clínico, bajo una actitud neutra, libre de prejuicios y sin orientación de carácter religioso alguno;
- IV.- Ratificar verbalmente su decisión, en presencia de dos testigos designados por la institución;
- V.- El médico designado por la institución definirá el método farmacológico, la dosis y la vía de administración adecuada para la realización sin sufrimiento de la Terminación Voluntaria de la Vida; y
- VI.- Podrá la persona enferma en estado terminal elegir en presencia de quién se realiza este acto.

Título Quinto De las Formalidades

Capítulo Primero

De las Formalidades para la Validez de la Solicitud de la Terminación Voluntaria de la Vida

Artículo 31.- La solicitud de la Terminación Voluntaria de la Vida deberá ser planteada por la persona enferma en estado terminal ante Notario Público o, en ausencia del mismo, firmada por cuatro testigos, dos sin ningún vínculo de parentesco o relación patrimonial y dos más que deben ser los familiares, tutores o representantes legales. En ausencia o negativa a firmar por parte de los mencionados anteriormente, deberá ser firmada por cuatro integrantes del personal médico de la institución de salud que preste el servicio.

Capítulo Segundo

De las Formalidades para la Aplicación de la Terminación Voluntaria de la Vida

Artículo 32.- El plazo para la aplicación de la Terminación Voluntaria de la Vida no deberá ser menor de siete días ni mayor a diez, después de contar con la aprobación del Comité de Bioética.

Título Sexto Sobre el Diagnóstico

Capítulo Primero

Del Diagnóstico de la Enfermedad Terminal

Artículo 33.- El diagnóstico:

I.- Deberá ser suscrito por al menos dos médicos con especialidad en el padecimiento de la persona enferma en estado terminal. Uno será el médico tratante y uno más designado por la institución que preste el servicio;

II.- Los diagnósticos serán anexados al expediente clínico;

III.- Deberá informarse clara y respetuosamente a la persona enferma en estado terminal sobre la confirmación del diagnóstico de la enfermedad terminal, las opciones de tratamiento paliativo y el pronóstico de dicha enfermedad, y

IV.- Se entregará un resumen del expediente clínico a la persona enferma en estado terminal, a sus familiares, o a quien haya designado el enfermo.

Capítulo Segundo

Del Diagnóstico para la Solicitud de la Terminación Voluntaria de la Vida

Artículo 34.- El diagnóstico para la Solicitud de la Terminación Voluntaria de la Vida:

I.- Deberá ser suscrito por una comisión de médicos especialistas en la enfermedad que padezca la persona enferma en estado terminal. Uno será el médico tratante especialista en la enfermedad causante del estado de enfermedad terminal. Y otro deberá ser designado por la institución en la que se encuentre el paciente. Uno más será designado por la Secretaría de Salud; sólo para los fines de Terminación Voluntaria de la Vida establecidos en la presente ley.

La comisión de médicos especialistas debe llegar por mayoría simple a las siguientes conclusiones:

a) que es un padecimiento reconocido, progresivo, irreversible e incurable, que se encuentra en estado avanzado, y que existe certeza de muerte cercana a seis meses;

b) que el estado de la persona enferma en estado terminal es insoportable y sin esperanzas de mejoría;

c) que no existe ninguna otra solución para la situación en la que se encuentra la persona enferma en estado terminal;

d) que ha recibido tratamiento paliativo adecuado y oportuno de forma continúa por especialistas en clínica del dolor y cuidados paliativos;

e) que no existe ningún tratamiento paliativo que disminuya el sufrimiento de la persona enferma en estado terminal;

f) que la persona enferma en estado terminal solicitante ha tomado voluntaria, libre y de forma autónoma la decisión de acelerar su muerte, y

II.- Los diagnósticos, acuerdos, conclusiones y comentarios de dicha comisión serán registrados en el expediente clínico y se enviará una carta al Comité de Bioética encargado de la resolución de la solicitud de la Terminación Voluntaria de la Vida.

III.- Se entregará una copia de los diagnósticos, acuerdos, conclusiones y comentarios a la persona enferma en estado terminal y/o a sus familiares o al representante jurídico, o a quien haya designado la persona enferma en estado terminal.

Título Séptimo De las Instituciones

Capítulo I

De los Comités de Bioética

Artículo 35.- El Comité de Bioética es un órgano médico interno de cada institución de salud pública o privada, el cual esta conformado por profesionales de la salud y especialistas en bioética de las ramas numéricas de otras disciplinas, para que la resolución a la petición de la persona enferma en estado terminal, sea interdisciplinaria e integral.

Artículo 36.- El Comité de Bioética estará conformado de acuerdo a los siguientes lineamientos:

I.- Los profesionales que integren el Comité deberán ser titulados y con cédula profesional, mayores de 35 años, en pleno uso de sus garantías constitucionales, sin procedimiento penal administrativo instruido en su contra, y sin parentesco con la persona enferma en estado terminal solicitante de la Terminación Voluntaria de la Vida;

II.- El Comité se integrará por número impar y sus resoluciones se tomarán por mayoría simple, y

III.- El Comité será integrado por siete miembros, de los cuales cuatro serán médicos en los términos siguientes: el primero será el médico tratante, un especialista en clínica del dolor y cuidados paliativos, un especialista en salud mental, un observador externo designado por la Secretaría de Salud, dos profesionales del derecho, la filosofía o la sociología especialistas en bioética y un representante de la persona enferma en estado terminal.

Artículo 37.- Son facultades del Comité de Bioética:

a) Evitar que el proceso de solicitud, requisitos, formalidades y aplicación de la Solicitud de la Terminación Voluntaria de la Vida, se encuentre plagada de vicios y a la vez, evitar que se incurra en un delito sancionado por cualquier normatividad en la materia;

b) El Comité de Bioética resguardará la copia de la Solicitud de Terminación Voluntaria de la Vida y tendrá la facultad de dictaminar, mediante el estudio y análisis del expediente clínico, y las conclusiones generadas por la Comisión Certificadora, la aceptación o negación de la aplicación de la Terminación Voluntaria de la Vida, a la persona enferma en estado terminal que la haya solicitado;

c) Cuando lo considere necesario, podrá solicitar estudios complementarios, o la intervención de algún otro especialista o asesor relacionado con la enfermedad de la persona enferma en estado terminal solicitante, y

d) Mediante acta médica emitirá su resolución.

e) El Comité podrá declararse incompetente para emitir resolución a través de razonar con base en criterios estrictamente médicos y científicos y sin prejuicios de carácter religioso o cualquier otro que no incurra en circunstancias discriminatorias.

Artículo 38.- Una vez recibida la copia de la Solicitud de Terminación Voluntaria de la Vida, el Comité deberá realizar una revisión minuciosa del expediente clínico, y deberá emitir una resolución en torno a la Solicitud de Terminación Voluntaria de la Vida a más tardar dentro de los cinco días hábiles posteriores de haber recibido dicha solicitud.

En caso de que surjan dudas clínicas sobre el caso, para su análisis y estudio, se podrá prorrogar hasta por otros cinco días hábiles.

Artículo 39.- son obligaciones del Comité de Bioética:

a) Actuar siempre en beneficio de la calidad de vida de la persona enferma en estado terminal y de sus familiares;

b) Si durante el análisis del caso, existen indicios o evidencias de manipulación o inducción para que una persona enferma en estado terminal haya solicitado la Terminación Voluntaria de la Vida, o alteraciones de cualquier otro documento anexo al expediente clínico, así como diagnósticos clínicos tendenciosos; el Comité deberá inmediatamente suspender el estudio

y dar vista a la Secretaría de Salud y a la autoridad judicial correspondiente;

c), Informará por medio de acta médica inmediatamente a la Secretaría de Salud, a la persona enferma en estado terminal solicitante y al hospital, en el caso de los pacientes hospitalizados; o al médico tratante, en caso de pacientes ambulatorios; o los familiares, al tutor o representante legal, o en su caso a quien haya designado la persona enferma en estado terminal, sobre la resolución del Comité;

d) Si la Solicitud de Terminación Voluntaria de la Vida no se aprobó, se hará un seguimiento del caso; y la persona enferma en estado terminal podrá solicitar la revisión del dictamen, así como la intervención de la Comisión

Nacional de Arbitraje Médico;

e) Cuando la Solicitud de Terminación Voluntaria de la Vida se apruebe, se deberá precisar el método que se aplicará a la persona enferma en estado terminal, así como el personal de salud que deberá realizarla. Además de ratificar las condiciones establecidas por la persona enferma en estado terminal, su oportunidad y adecuación;

f) No importando cuál fuere la resolución, todos los miembros del Comité deberán guardar estricta confidencialidad sobre el caso, protegiendo así la integridad de la persona enferma en estado terminal solicitante y de sus familiares, así como la del personal médico involucrado, y

g) Todas las actuaciones del Comité se realizarán mediante actas médicas, las cuales se anexarán al expediente clínico. El Comité deberá conservar una copia del expediente.

Capítulo II

De la Capacitación

Artículo 40.- Es deber de las instituciones encargadas de la salud, sean públicas o privadas, capacitar a su personal médico en cuanto a los derechos que otorga esta ley a las personas enfermas en estado terminal.

Título Octavo De la Secretaría de Salud

Capítulo Único

De sus Atribuciones

Artículo 41.- Es atribución de la Secretaría de Salud crear la norma correspondiente al uso y control de las sustancias destinadas para la Terminación Voluntaria de la Vida.

Artículo 42.- Es atribución de la Secretaría de Salud crear la norma correspondiente a la aplicación de los tratamientos paliativos incluido el tratamiento del dolor y la garantía de disponer de fármacos adecuados para su alivio.

Artículo 43.- La Secretaría de Salud debe instrumentar programas de capacitación sobre los derechos y obligaciones que se generan en torno a esta ley.

Artículo 44.- La Secretaría de Salud conformará un Comité Nacional de Bioética Médica, encargado de la coordinación de los Comités de Bioética mencionados en el Título Octavo de esta ley.

Título Noveno

De las Sanciones

Capítulo Único

Artículo 45.- Se estará a las disposiciones del Código Penal Federal cuando la aplicación de la Terminación Voluntaria de la Vida no se haya cumplido con lo estipulado en la presente ley.

TRANSITORIOS

PRIMERO. Se derogan todas las disposiciones que se opongan a la presente ley.

SEGUNDO. El presente Decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Dado en la Comisión Permanente del H. Congreso de la Unión, 18 de mayo de 2005.

Diputada Eliana García Laguna

Diputada Irma Figueroa Romero

Diputado Rafael García Tinajero Pérez

ANEXO 2

SEGUNDA INICIATIVA DE LEY EN MÉXICO LEY GENERAL DE SUSPENSIÓN DE TRATAMIENTO CURATIVO INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE REFORMA EL ARTÍCULO 312 DEL CÓDIGO PENAL FEDERAL Y SE CREA LA LEY GENERAL DE SUSPENSIÓN DE TRATAMIENTO CURATIVO.

El suscrito, Lázaro Mazón Alonso, Senador a la LX Legislatura, integrante del Grupo Parlamentario del Partido de la Revolución Democrática, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 71 fracción II, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y 55 fracción II, del Reglamento para el Gobierno Interior del Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos, someto a la consideración de esta soberanía, la siguiente

INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE REFORMA EL ARTÍCULO 312 DEL CÓDIGO PENAL FEDERAL Y SE CREA LA LEY GENERAL DE SUSPENSIÓN DE TRATAMIENTO CURATIVO.

PRIMERO. Se reforma el artículo 312 del Código Penal Federal para quedar como sigue:

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

No se aplicará pena alguna para el profesional de la salud que actué de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Suspensión de Tratamiento Curativo.

SEGUNDO. Se crea la Ley General de Suspensión de Tratamiento Curativo para quedar como sigue:

LEY GENERAL DE SUSPENSIÓN DE TRATAMIENTO CURATIVO TÍTULO PRIMERO Disposiciones Generales CAPÍTULO ÚNICO

ARTÍCULO 1. La presente Ley es de orden público, de interés social y de observancia general en los Estados Unidos Mexicanos. Tiene por objeto garantizar el ejercicio de los derechos de los pacientes en estado terminal y de toda persona que manifieste su voluntad de que se le aplique la presente por medio de su declaración anticipada, así como establecer las bases y disposiciones para su cumplimiento.

ARTÍCULO 2. La aplicación y seguimiento de esta Ley corresponde a:

I. El Ejecutivo Federal, a través de la Secretaría de Salud y demás dependencias que integran la administración pública en el ámbito de sus respectivas competencias;

II. El Comité Nacional de Bioética Médica y los Comités de Bioética Médica, y

III. Los gobiernos de las entidades federativas y del Distrito Federal.

ARTÍCULO 3. Para los efectos de la presente Ley, se entenderá por:

I. **Analgésicos opioides:** Los estupefacientes referidos en el Capítulo V, artículos 234 al 244, de la Ley General de Salud, y todos los demás establecidos como tal por las normas oficiales mexicanas.

II. **Carta de Declaración Anticipada.** Documento otorgado ante fedatario público, a través del cual un ciudadano con pleno uso de sus facultades mentales, plasma su voluntad de que se le aplique la suspensión voluntaria de tratamiento curativo una vez que se encuentre con diagnóstico de enfermedad terminal y no pueda, por motivos relacionados a su estado posterior de salud, manifestar su voluntad acerca de la misma.

III. **Comité Nacional de Bioética Médica.** Comité encargado de coordinar las labores de los Comités de Bioética Médica.

IV. **Comités de Bioética Médica.** Comités integrados en cada institución de salud pública, encargados de dictaminar en torno de las solicitudes de suspensión voluntaria de tratamiento curativo recibidas.

V. **Enfermedad terminal:** Todo padecimiento reconocido, progresivo, irreversible e incurable que se encuentra en estado avanzado en el que existe certeza de muerte en un lapso no superior a seis meses.

VI. **Instituciones de salud.** Establecimientos, sean públicos o privados, que brinden servicios de atención médico asistencial y psicosocial ambulatoria o de internamiento o de visita domiciliaria.

VII. **Médico tratante.** Al profesional de la salud, reconocido así por instituciones acreditadas por las autoridades educativas, que tiene a su cargo coordinar la información y la atención sanitaria del paciente, con el carácter de interlocutor principal del mismo en todo lo referente a su atención e información durante el proceso de atención médica, sin perjuicio de las obligaciones de otros profesionales que participan en las actuaciones asistenciales al paciente.

VIII. **Paciente en estado terminal:** Aquella persona a la que le haya sido diagnosticada alguna enfermedad terminal, cuyo tratamiento no pueda ser curativo, sino solamente paliativo; y tenga como consecuencia de la enfermedad la muerte, en un lapso de tiempo no superior a seis meses.

IX. **Profesional de la salud:** Todo aquel profesionista capacitado para brindar servicio asistencial en el ámbito de la salud, previo reconocimiento por instituciones acreditadas por las autoridades educativas, como son: escuelas, institutos y universidades de nivel técnico y superior, que autoricen el ejercicio de dichas labores.

X. **Secretaría.** La Secretaría de Salud.

XI. **Solicitud de suspensión voluntaria de tratamiento.** Documento por medio del cual el representante legal de un paciente en estado terminal, menor de edad ó que por su estado de salud no pueda hacer pleno uso de sus facultades mentales, solicita la suspensión voluntaria de tratamientos curativos o paliativos en los términos de la presente Ley.

XII. **Suspensión de tratamiento:** Derecho de los pacientes en estado terminal a decidir sobre la sustitución del tratamiento curativo por una de tratamiento paliativo en los términos de la presente

Ley. Además la suspensión de tratamiento comprende: la suspensión voluntaria de tratamiento curativo; la suspensión anticipada de tratamiento curativo y la suspensión voluntaria de tratamiento curativo o paliativo por suspensión Anticipada.

XIII. **Suspensión anticipada de tratamiento curativo.** Al inicio del tratamiento paliativo sin que haya sido aplicado el tratamiento curativo, siempre y cuando el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad determine la imposibilidad de cura y el rápido avance de las condiciones de deterioro de la calidad de vida del paciente.

XIV. **Suspensión voluntaria de tratamiento.** Derecho de los pacientes en estado terminal, mayores de 18 años y en el pleno ejercicio de sus facultades mentales, para que, de manera libre y sin presión alguna, pueden solicitar, en los términos dispuestos por la presente Ley, la suspensión voluntaria de tratamiento.

XV. **Tratamiento del dolor y cuidados paliativos:** Todas aquellas medidas proporcionadas por profesionales de la salud especializados en la materia, orientadas a reducir los sufrimientos físico y emocional producto de una enfermedad terminal, que pueden tener como consecuencia el avance de la enfermedad terminal, sin que ello implique un menoscabo a su calidad de vida.

TÍTULO SEGUNDO DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES

CAPÍTULO PRIMERO

De los Derechos en General

ARTÍCULO 4. □ Los pacientes en estado terminal tienen derecho a:

- I. Recibir la atención médica adecuada;
- II. Recibir un trato digno y respetuoso;
- III. La información clara y suficiente sobre su estado médico;
- IV. Decidir libremente sobre su atención;
- V. La confidencialidad;
- VI. Recibir tratamiento contra el dolor y cuidados paliativos;
- VII. La suspensión de tratamiento, y
- VIII. Los demás que señalen las leyes.

Artículo 5. Las instituciones de salud de tercer y cuarto nivel adoptarán las medidas oportunas para garantizar los derechos a que se refiere la presente Ley.

CAPÍTULO SEGUNDO

Del Derecho a Recibir Atención Médica Adecuada

Artículo 6. El paciente en estado terminal tiene derecho a que la atención médica se le otorgue por personal especializado en su estado de salud y en la enfermedad que padece.

Artículo 7. El paciente en estado terminal podrá, en todo momento, recibir una segunda opinión sobre el diagnóstico pronóstico y tratamiento relacionado con su estado de salud.

CAPÍTULO TERCERO

Del Derecho a Recibir un Trato Digno y Respetuoso

Artículo 8. El paciente en estado terminal tiene derecho a que los profesionales de la salud, así como todo el personal que le brinda atención médica le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, cualquiera que sea el padecimiento que éste presente.

Artículo 9. El derecho establecido en el Artículo anterior será extensivo a los familiares y acompañantes del paciente en estado terminal.

Artículo 10. En ningún caso podrán brindarse procedimientos terapéuticos o paliativos que le importen al paciente en estado terminal menoscabo de su dignidad.

CAPÍTULO CUARTO

Del Derecho a la Información

Artículo 11. El paciente en estado terminal tiene derecho a ser suficientemente informado sobre el diagnóstico, pronóstico y tratamiento de su enfermedad, así como de los derechos que le otorga la presente Ley.

Artículo 12. La información a que se hace referencia el Artículo anterior deberá:

I. Ser proporcionada por el médico tratante y, en su caso, por un asesor legal designado por la

Secretaría;

II. Expresarse en forma clara y comprensible para el paciente, de forma oral y por escrito;

III. Brindarse con oportunidad con el fin de favorecer el conocimiento pleno del estado de salud del paciente, así como de los derechos que le otorga la presente Ley, y

IV. Ser siempre veraz, ajustada a la realidad.

Artículo 13. El paciente en estado terminal, mayor de edad, en pleno uso de sus facultades mentales, podrá extender, en cualquier momento, el derecho a la información a sus familiares o designar a alguien más para tal fin. También podrá negar a sus familiares el acceso a dicha información.

Artículo 14. Para el caso de que el paciente en estado terminal sea menor de edad o se encuentre imposibilitado por motivos de su salud para comprender la información a que hace referencia el Artículo 9 de esta Ley deberá ser brindada a su representante legal, tutor o persona que ejerza la patria potestad.

Artículo 15. El paciente en estado terminal que, por razón de alguna discapacidad que no afecte el pleno uso de sus facultades mentales, no pueda comprender la información que se le brinda en forma oral y escrita, tendrá derecho a que dicha información se le proporcione por cualquier otro medio adecuado a sus capacidades de comprensión. En tal caso la información deberá proporcionarse además, a su representante legal o persona de confianza designada por el paciente para tal efecto.

Artículo 16. Cuando el paciente en estado terminal, según el criterio del médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de sus familiares o de su representante legal.

Artículo 17. El paciente en estado terminal podrá, en cualquier momento, manifestar su voluntad de no ser informado acerca de su derecho a la suspensión de tratamiento.

CAPÍTULO QUINTO

Del Derecho a Decidir Libremente sobre su Atención

Artículo 18. El paciente en estado terminal o, en su caso, el responsable tienen derecho a decidir libremente, de manera personal y sin presión alguna, acerca de la aceptación o

rechazo de cada procedimiento diagnóstico, terapéutico o paliativo ofrecido, así como el uso de medidas extraordinarias de supervivencia.

CAPÍTULO SEXTO

Del Derecho a la Confidencialidad

Artículo 19. □ El paciente en estado terminal tiene derecho a que toda información proporcionada por su médico, sea de manera verbal o escrita, se maneje con estricta confidencialidad.

Artículo 20. □ El paciente podrá autorizar, voluntariamente y por escrito, la divulgación de la información a que hace referencia el artículo anterior. En todo caso el médico tratante deberá sujetarse a lo dispuesto por la Ley General de Salud y sus reglamentos.

CAPÍTULO SÉPTIMO

Del Derecho a Recibir Tratamiento del Dolor y Cuidados Paliativos

Artículo 21. □ El paciente en estado terminal y su familia tienen derecho a recibir, por el profesional de la salud, especialista en los tratamientos para el dolor y cuidados paliativos según sus requerimientos.

Artículo 22. □ Los tratamientos para el dolor y cuidados paliativos deberán estar orientados al control de los síntomas del padecimiento del paciente en estado terminal, así como a reducir el sufrimiento emocional y mejorar la calidad de vida tanto del paciente en estado terminal como de su familia. Los cuidados paliativos brindados a la familia del paciente en estado terminal deberán brindarse hasta que finalice el período de duelo.

Artículo 23. □ Los profesionales de la salud, especialistas en el tratamiento del dolor, podrán hacer uso, de ser necesario y con autorización de la Secretaría de Salud, de analgésicos del grupo de los opioides.

Artículo 24. □ Para efectos de lo dispuesto en el Artículo anterior, la Secretaría de Salud expedirá el acceso a dichos analgésicos.

TÍTULO TERCERO DE LA SUSPENSIÓN DE TRATAMIENTO CURATIVO

CAPÍTULO PRIMERO

Del Derecho a la Suspensión de Tratamiento Curativo

Artículo 25. □ El paciente en estado terminal tiene derecho a la suspensión de tratamiento curativo en los términos dispuestos por esta Ley.

Artículo 26. □ Queda totalmente prohibida la aplicación de la suspensión de tratamiento, en todas sus formas, a pacientes en estado terminal extranjeros. La secretaría en coordinación con los organismos de la administración pública federal competentes, establecerán todas las facilidades para el traslado en caso de que el paciente extranjero pueda acceder en su país a mecanismos similares de terminación de vida o tratamiento, siempre que así lo solicite.

Artículo 27. □ Los métodos y procedimientos, así como los fármacos utilizados para la conversión de tratamiento curativo a paliativo, deberán garantizar la disminución del sufrimiento del paciente en estado terminal y, en ningún caso, podrán importar dolores o malestares mayores a los relacionados con el padecimiento.

Artículo 28. □ El paciente en estado terminal podrá designar, de común acuerdo con la Secretaría, el Comité Nacional de Bioética Médica y los Comités de Bioética Médica, el lugar en el que se aplicarán los tratamientos paliativos.

Artículo 29. □ La sustitución de tratamiento curativo por tratamiento paliativo sólo podrá aplicarse en las instituciones de salud de tercer y cuarto nivel, que integran el sector público. Los pacientes en estado terminal que soliciten la suspensión de tratamiento curativo y que sean atendidos en instituciones de salud del sector privado serán referidos al establecimiento que designen la Secretaría de Salud y el Comité Nacional de Bioética Médica para tal efecto.

Artículo 30. □ Todas las circunstancias relacionadas con las solicitudes de suspensión de tratamiento curativo deberán ser anotadas en el expediente clínico institucional.

CAPÍTULO SEGUNDO

Del Derecho a la Suspensión Voluntaria de Tratamiento Curativo

Artículo 31. □ El paciente en estado terminal, mayor de edad y en pleno uso de sus facultades mentales, tiene derecho a la suspensión voluntaria de tratamiento curativo y

como consecuencia al inicio de tratamiento estrictamente paliativo en la forma y términos previstos en esta Ley.

Artículo 32. □ El paciente en estado terminal puede, en cualquier momento, revocar su consentimiento para la aplicación de la suspensión voluntaria de tratamiento curativo, el ejercicio de este derecho no importará responsabilidad de ningún tipo.

Artículo 33. □ El paciente en estado terminal podrá, incluso en la fase de tratamiento estrictamente paliativo, solicitar de manera verbal el reinicio de tratamiento curativo. En tal caso deberá, posteriormente, ratificar su voluntad por escrito.

Artículo 34. □ La suspensión voluntaria de tratamiento curativo deberá solicitarse por escrito, cumpliendo con los requisitos previstos en esta Ley.

CAPÍTULO TERCERO

De la Solicitud de la Suspensión Voluntaria de Tratamiento Curativo

Artículo 35. □ Podrá solicitar la suspensión voluntaria de tratamiento curativo, el paciente en estado terminal que cumpla con los siguientes requisitos:

- I. Ser mayor de edad;
- II. Estar en pleno uso de sus facultades mentales, dictaminado por el médico tratante;
- III. Encontrarse previa y ampliamente informado sobre las alternativas médicas a su enfermedad;
- IV. Haber recibido los tratamientos curativos adecuados para su estado de salud y que los mismos no le otorguen el alivio suficiente;
- V. Expresar su voluntad de manera libre y sin presión alguna, y;
- VI. Cumplir con las formalidades que establece la presente Ley para el otorgamiento y validez de la solicitud de la suspensión voluntaria de tratamiento curativo.

Artículo 36. □ La solicitud de suspensión voluntaria de tratamiento curativo deberá otorgarse por escrito y ante notario público y contendrá:

- I. Nombre, edad, domicilio y firma del paciente;
- II. Nombre, número de cédula, especialidad y firma del médico tratante;
- III. Nombre o razón social y domicilio de la institución en que se le brinda atención médica.
- IV. Diagnóstico y pronóstico de su enfermedad,
- V. Tratamientos curativos, terapéuticos y paliativos a los que ha sido sometido.
- VI. La manifestación de que ha sido previa y ampliamente informado sobre su estado de salud y las alternativas médicas o terapéuticas;
- VII. La manifestación de que ha sido clara y suficientemente informado acerca de los derechos que le concede la presente Ley;
- VIII. Motivos y circunstancias que le llevaron a solicitar la suspensión voluntaria de tratamiento curativo en forma detallada, y
- IX. Firma de dos testigos que no tengan vínculo de parentesco ni intereses económicos o materiales con el paciente.

Artículo 37. □ La solicitud de suspensión voluntaria de tratamiento curativo deberá ser presentada ante el Comité Nacional de Bioética Médica de la institución de que trate; anexando, en la forma que determine la Secretaría, el expediente clínico del paciente.

CAPÍTULO CUARTO

De la Aplicación de la Suspensión Voluntaria de Tratamiento Curativo

Artículo 38. □ La suspensión voluntaria de tratamiento curativo se aplicará una vez que se cumplan las siguientes condiciones:

- I Cumplir, sin excepción, con los requisitos y formalidades establecidas en la presente Ley, y
- II Contar con la aprobación del Comité de Bioética Médica o, en su caso, del Comité Nacional de Bioética Médica.

Artículo 39. □ La aplicación de la suspensión voluntaria de tratamiento curativo, supone la cancelación de todo medicamento que busque contrarrestar la enfermedad terminal del paciente, y el inicio de tratamientos enfocados de manera exclusiva a la disminución del dolor o malestar del paciente, su autorización se hará por el Comité de Bioética Médica o, en su caso, del Comité Nacional de Bioética Médica.

Con la suspensión voluntaria de tratamiento curativo el médico autorizado interrumpe, suspende o no inicia el tratamiento, la administración de medicamentos, el uso de instrumentos o cualquier procedimiento que contribuya a la prolongación de la vida del paciente en estado terminal dejando que su padecimiento evolucione naturalmente.

Artículo 40 .□ El paciente en estado terminal, el médico tratante y el Comité de Bioética Médica o, en su caso, del Comité Nacional de Bioética Médica, determinarán los actos u omisiones que garanticen el menor sufrimiento al paciente en estado terminal.

TITULO CUARTO DE LA SUSPENSIÓN ANTICIPADA DE TRATAMIENTO CURATIVO

CAPÍTULO PRIMERO

De los Pacientes Incapacitados para la Toma de Decisiones

Artículo 41.□ El paciente en estado terminal menor de edad o que se encuentre en algún estado que

le impida el pleno ejercicio de sus facultades mentales, o bien no pueda, por motivos relacionados a

su estado de salud, manifestar su voluntad, tiene derecho a la suspensión anticipada de tratamiento curativo en la forma y términos que señala la presente Ley.

CAPÍTULO SEGUNDO

De la Solicitud de Suspensión Anticipada de Tratamiento Curativo

Artículo 42.□ Podrán solicitar la suspensión anticipada de tratamiento curativo para el paciente en estado terminal los familiares o el representante legal del paciente en estado terminal.

Artículo 43.□ Las personas a las que se refiere el Artículo anterior podrán solicitar la suspensión anticipada de tratamiento curativo para el paciente en estado terminal siempre y cuando cumplan con los siguientes requisitos:

I. Ser mayor de edad;

II. Estar en pleno uso de sus facultades mentales, dictaminado por el médico especialista en salud mental;

III. Encontrarse previa y ampliamente informado sobre las alternativas terapéuticas del paciente en estado terminal;

IV. Haber recibido, el paciente en estado terminal, los tratamientos paliativos adecuados para su estado de salud y que los mismos no le otorguen el alivio suficiente;

V. Expresar su voluntad de manera libre y sin presión alguna;

VI. No tener interés económico o material alguno con el paciente en estado terminal, y

VII. Cumplir con las formalidades que establece la presente ley para el otorgamiento y validez de la solicitud de la suspensión voluntaria de tratamiento curativo.

Artículo 44.□ La solicitud de suspensión anticipada de tratamiento curativo deberá otorgarse por escrito y ante notario público y contendrá:

a) Respecto del solicitante:

I. Nombre, edad, domicilio del solicitante, así como parentesco con el paciente en estado terminal y, en su caso, situación legal respecto del mismo;

II. La manifestación de que ha sido previa y ampliamente informado sobre el estado de salud y las alternativas médicas del paciente en estado terminal;

III. La manifestación de que ha sido clara y suficientemente informado acerca de los derechos que le concede la presente Ley al paciente en estado terminal;

IV. La manifestación de que no tiene interés económico alguno respecto del paciente en estado terminal;

V. En forma detallada, los motivos y circunstancias que le llevaron a solicitar la suspensión voluntaria de tratamiento curativo, y

VI. El método y circunstancias que han de ser utilizados, para la sustitución de tratamiento curativo por tratamiento paliativo.

b) Respecto del paciente en estado terminal:

I. Nombre, número de cédula, especialidad y firma del médico tratante;

II. Nombre o razón social y domicilio de la institución en que se le brinda atención médica.

III. Diagnóstico y pronóstico de su enfermedad, y

IV. Tratamientos curativos e incluso paliativos a los que ha sido sometido.

V. Firma de dos testigos que no tengan relación de parentesco con el paciente en estado terminal ni con el solicitante de la suspensión anticipada de tratamiento curativo. Además, en ningún caso podrán fungir como testigos aquellas personas que tengan algún interés económico o material respecto del paciente.

Artículo 45. □ La solicitud de suspensión anticipada de tratamiento curativo deberá ser presentada ante el Comité de Bioética Médica de la institución de que se trate, anexando, en forma que determine la Secretaría, el expediente clínico del paciente.

Artículo 46. □ La solicitud de suspensión anticipada de tratamiento curativo se aplicará una vez que se cumplan las siguientes condiciones:

I. Cumplir, sin excepción, con los requisitos y formalidades establecidas en la presente Ley, y

II. Contar con la aprobación del Comité de Bioética Médica o, en su caso, del Comité Nacional de Bioética Médica.

Artículo 47. □ Se considerará suspensión anticipada de tratamiento curativo, cuando a solicitud de las personas facultadas para ello en la presente Ley, y con la aprobación del Comité de Bioética Médica o, en su caso, del Comité Nacional de Bioética Médica, el médico autorizado interrumpe, suspende o no inicia el tratamiento, la administración de medicamentos, el uso de instrumentos o cualquier procedimiento que contribuya a la prolongación de la vida del paciente en estado terminal dejando que su padecimiento evolucione naturalmente.

Artículo 48.- Para el caso de que se solicite la suspensión anticipada de tratamiento curativo, el médico tratante y el Comité de Bioética Médica determinarán los actos u omisiones que garanticen el menor sufrimiento al paciente en estado terminal.

Artículo 49.- El solicitante de la suspensión voluntaria de tratamiento curativo podrá elegir el método que ha de ser utilizado cuando ello sea posible; para esto la Secretaría, en coordinación con el Comité Nacional de Bioética Médica, determinará los métodos, los procedimientos y los fármacos a utilizar para tal efecto.

Artículo 50.- No obstante lo dispuesto en el Artículo anterior el Comité de Bioética Médica o, en su caso, el Comité Nacional de Bioética Médica, podrá, en la resolución favorable a la solicitud de suspensión anticipada de tratamiento curativo, proponer el uso de algún método que a juicio considere más conveniente, de ser así el solicitante únicamente habrá de aprobarlo por escrito, el caso contrario dará lugar a la revaloración de la solicitud por parte del Comité.

TITULO QUINTO DE LA SUSPENSIÓN VOLUNTARIA DE TRATAMIENTO CURATIVO POR DECLARACIÓN ANTICIPADA

CAPÍTULO ÚNICO

De la Declaración Anticipada

Artículo 51.- Toda persona mayor de edad en pleno uso de sus facultades mentales, puede en cualquier momento e independientemente de su estado de salud, expresar su voluntad de que le sea aplicada la suspensión voluntaria de tratamiento curativo en caso de que llegase a padecer una enfermedad terminal, por medio de la Carta de Declaración Anticipada.

Artículo 52.- La Carta de Declaración Anticipada deberá ser otorgada por escrito ante notario público y contendrá:

I. Nombre, edad, domicilio y firma de la persona que permite la Carta de Declaración Anticipada.

II. Certificado de salud emitido por un especialista en salud mental donde se determine que el declarante esta en pleno goce de sus facultades mentales;

III. Nombre, edad, dirección y firma de cuatro testigos;

IV. La manifestación de que ha sido clara y suficientemente informado acerca su derecho a la suspensión voluntaria de tratamiento curativo por Carta de Declaración Anticipada y sus derechos que le asisten en caso de llegar a padecer una enfermedad terminal conforme a lo dispuesto por la presente Ley;

V. La manifestación detallada acerca de los casos en que podrá ser sujeto de la aplicación de la suspensión voluntaria de tratamiento curativo, y

VI. La manifestación del método, lugar, circunstancias y personas que lo acompañarán en la aplicación de la suspensión voluntaria.

Artículo 53.- La Carta de Declaración Anticipada surtirá efectos sólo en el caso de que el declarante no pueda, por motivos de su estado de salud, manifestar su voluntad respecto de los derechos que le otorga la presente Ley.

Artículo 51.- La Carta de Declaración Anticipada podrá ser revocada por el declarante en cualquier momento, inclusive en los periodos de lucidez que su enfermedad le permitiere, bastando para ello la simple manifestación oral ante dos testigos y, en caso de ser posible, la posterior ratificación por escrito.

Artículo 55.- Sin perjuicio de lo dispuesto por la presente Ley, toda persona puede, mediante la Carta de Declaración Anticipada, manifestar su voluntad para la no aplicación de la suspensión voluntaria de tratamiento curativo y, en su caso, de la suspensión anticipada de tratamiento curativo.

Artículo 56.- La Carta de Declaración Anticipada, para los efectos de lo dispuesto en el Artículo anterior, deberá otorgarse por escrito ante notario público y deberá contener:

I. Nombre, edad, domicilio y firma de la persona que emite la Carta de Declaración Anticipada;

II. Certificado de Salud emitido por un especialista en salud mental donde se determine que el declarante está en pleno goce de sus facultades mentales;

III. Nombre, edad, dirección y firma de cuatro testigos, y

IV. La simple manifestación en relación a no ser sujeto de la aplicación de ninguna de las formas de terminación de tratamiento curativo contenidas en la presente Ley.

TÍTULO SEXTO DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD

CAPÍTULO ÚNICO

De sus Facultades y Obligaciones

Artículo 57.- La Secretaría de Salud deberá emitir los reglamentos y Normas Oficiales Mexicanas que considere conveniente para garantizar el ejercicio de los derechos que concede la presente Ley.

Artículo 58.- Las unidades de atención hospitalaria de tercer y cuarto nivel que integran el sector público, deberán contar con un Comité de Bioética Médica para tal efecto es obligación de la

Secretaría en coordinación con el Comité Nacional de Bioética Médica, determinar las unidades que contarán con dichos comités.

Artículo 59.- La Secretaría en coordinación con el Comité Nacional de Bioética Médica, determinará las unidades a las que se canalizará a los pacientes en estado terminal que quieran ejercer su derecho a la suspensión de tratamiento curativo y que sean atendidos en instituciones de salud del sector privado.

Artículo 60.- La Secretaría en coordinación con el Comité Nacional de Bioética, acordará el uso de material informativo, así como de su contenido, para dar a conocer los derechos plasmados en la presente Ley. Dicho material informativo se pondrá, además, a disposición de los pacientes en estado terminal y demás personas que así lo soliciten.

Artículo 61.- Son obligaciones de la Secretaría:

I. Emitir formatos de las solicitudes de suspensión de tratamiento curativo y de la Carta de Declaración Anticipada, mismos que serán puestos a disposición de los pacientes en estado terminal

y demás personas que así lo soliciten;

II. Conformar el Comité Nacional de Bioética Médica, encargado de la coordinación de los Comités de Bioética a que hace referencia el Título Noveno de la presente Ley;

III. Vigilar el proceso de solicitud de suspensión de tratamiento curativo, así como la aplicación de la misma;

IV. Emitir los métodos y procedimientos para la aplicación de la suspensión de tratamiento curativo;

V. Proporcionar, de acuerdo a su capacidad y en acuerdo con el Comité de Bioética Médica y el solicitante de la suspensión de tratamiento curativo, el lugar que cumpla las condiciones adecuadas para la aplicación de la misma, y

VI. Las demás que determine la presente Ley.

Artículo 62.- La Secretaría de Salud, en coordinación con el Comité de Bioética Médica instrumentará programas de capacitación para los profesionales de la salud sobre los derechos y obligaciones que se generan entono a esta Ley.

De igual manera se instrumentarán programas de información para la sociedad en general.

Artículo 63.- La Secretaría de Salud, en coordinación con el Comité de Bioética Médica, autorizarán el uso de fármacos, para el tratamiento del dolor y cuidados paliativos, dicha facultad podrá delegarse a los Comités de Bioética Médica.

Artículo 64.- El deber de las instituciones encargadas de la salud, sean públicas o privadas, es capacitar a su personal médico en cuanto a los derechos que otorga la presente Ley.

TÍTULO SÉPTIMO DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD CAPÍTULO ÚNICO

De las Obligaciones y Facultades de los Médicos

Artículo 65. □ Son obligaciones del médico tratante:

I. Proporcionar al paciente en estado terminal toda la información relacionada a su estado de salud y

a los derechos que le concede la presente Ley;

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

III. Acatar la voluntad del paciente en estado terminal o, en su caso, del solicitante respecto de la aplicación de la suspensión de tratamiento curativo;

IV. Coadyuvar con el Comité Nacional de Bioética Médica y con los Comités de Bioética Médica en todo lo necesario para que éstos se encuentren en condiciones de emitir su resolución, y

V. Las demás que disponga la presente Ley; la Ley General de Salud y sus reglamentos.

Artículo 66. □ Son obligaciones del médico que aplica la suspensión de tratamiento curativo:

I. Cumplir con los requisitos para el ejercicio profesional, en los términos de la legislación aplicable;

II. Contar con la autorización del Comité de Bioética México para aplicar la suspensión de tratamiento curativo;

III. Cerciorarse de que la resolución emitida por el Comité de Bioética Médica sea favorable a la solicitud;

IV. Aplicar la terminación de tratamiento curativo en los términos de la resolución favorable;

V. Suspender la aplicación de la suspensión de tratamiento curativo en los términos en la presente

Ley o cuando observe vicios en el procedimiento;

VI. Anotar todas las circunstancias de la aplicación de la suspensión de tratamiento curativo en el formato que, para tal efecto, determine la Secretaría, y

VII. Las demás que establezcan las leyes.

Artículo 67. □ El o los médicos encargados de corroborar el diagnóstico y estado de salud del paciente en estado terminal deberán:

I. Ser especialistas en el padecimiento en estado terminal y, en su caso, ser especialistas en el tratamiento del dolor y cuidados paliativos;

II. Estar autorizados para tal efecto por el Comité de Bioética Médica o, en su caso, por el Comité

Nacional de Bioética Médica, y

III. En caso de que certifiquen el pleno goce de las facultades mentales del paciente en estado terminal, ser especialistas en salud mental.

Artículo 68. □ Los profesionales de la salud a los que se refiere el presente Título, podrán, en todo momento y bajo el procedimiento que fije la Secretaría, en Coordinación con el Comité Nacional de

Bioética Médica, tener acceso al expediente clínico del paciente.

TÍTULO OCTAVO DE LOS DIAGNÓSTICOS CAPÍTULO ÚNICO

Del Diagnóstico de Enfermedad Terminal

Artículo 69. □ Para efectos de lo dispuesto por la presente Ley, el médico tratante deberá ser especialista en el padecimiento del paciente en estado terminal.

Artículo 70. □ El médico tratante, una vez que haya determinado la existencia de una enfermedad terminal deberá solicitar la opinión de otro médico especialista en el padecimiento.

Artículo 71. □ El diagnóstico de enfermedad terminal se otorgará por escrito y se comunicará, además, en forma verbal al paciente en estado terminal. De igual forma deberá contener el tipo de padecimiento, su pronóstico y alternativas terapéuticas.

Artículo 72. □ El médico especialista consultado respecto de la enfermedad terminal deberá emitir su diagnóstico de conformidad con lo dispuesto en el artículo anterior.

Artículo 73. □ Los diagnósticos a los que se refiere la presente Ley deberán otorgarse por duplicado, entregando el respectivo al paciente en estado terminal y constando el otro en el expediente clínico del paciente.

Artículo 74. □ El diagnóstico de la enfermedad terminal, en su caso, deberá ser comprobado por dos médicos especialistas en el padecimiento del paciente en estado terminal, autorizados y designados por el Comité de Bioética Médica o, en su caso, del Comité Nacional de Bioética Médica.

Artículo 75. □ La certificación de las capacidades mentales del paciente en estado terminal y de las demás personas que estén facultadas en arreglo a la presente Ley, para solicitar la suspensión de tratamiento curativo o emitir la Carta de Declaración Anticipada, deberá ser expedida por un especialista en salud mental y anexarse al expediente clínico que se presente al Comité de Bioética

Médica o, en su caso, del Comité Nacional de Bioética Médica, y al expediente clínico institucional.

Artículo 76. □ Los diagnósticos de enfermedad terminal, cualquiera que sea el médico especialista que los emita, deberán contener:

I. Que se trata de un padecimiento reconocido, progresivo irreversible e incurable, que se encuentra en estado avanzado, donde existe certeza razonable de muerte en un periodo no mayor de seis meses;

II. Que los dolores sufridos por el paciente son insoportables y sin esperanzas de mejoría;

III. Que se ha sometido al paciente en estado terminal a los tratamientos paliativos adecuados y que los mismos no han logrado disminuir su sufrimiento;

IV. La manifestación de la inexistencia de un tratamiento que pueda aliviar su sufrimiento o prolongar la vida del paciente en condiciones dignas, y

V. La manifestación de la inexistencia de alguna alternativa de curación.

TÍTULO NOVENO DEL COMITÉ NACIONAL DE BIOÉTICA MÉDICA Y DE LOS COMITES DE BIOÉTICA MÉDICA

CAPÍTULO PRIMERO

De su Conformación, Facultades y Obligaciones

Artículo 77. □ El Comité Nacional de Bioética Médica será conformado por la Secretaría, y será el encargado de coordinar las labores de los Comités de Bioética Médica de cada institución de salud; además tendrá las siguientes facultades:

I. Nombrar a los integrantes de los Comités de Bioética Médica;

II. Supervisar y revisar las actuaciones de los Comités de Bioética Médica;

III. Aquéllas establecidas para los Comités de Bioética Médica, y

IV. Los demás que le otorgue la presente Ley y la Secretaría en el acuerdo correspondiente.

Artículo 78. □ Cada Comité de Bioética Médica estará integrado por siete miembros, los cuales serán nombrados por el Comité Nacional de Bioética Médica.

Artículo 79. □ Los integrantes del Comité Nacional de Bioética Médica y de los Comités de Bioética

Médica deberán cumplir con los siguientes requisitos:

I. Contar con título y cédula profesional expedidos de conformidad con la ley en la materia;

II. Contar con 35 años cumplidos al día de su designación;

III. No haber sido sentenciado por delito que merezca pena de prisión;

IV. En el caso del Comité Nacional de Bioética Médica, los demás que establezca la Secretaría, y

V. En el caso de los Comités de Bioética Médica, los demás que establezca el Comité Nacional de

Bioética Médica.

Artículo 80. □ Los Comités sesionarán en privado y tomarán sus resoluciones por mayoría simple de sus miembros.

Artículo 81. □ Las sesiones de los Comités deberán constar por escrito y ante dos testigos designados por la Secretaría.

Artículo 82. □ La Secretaría de Salud dotará al Comité Nacional de Bioética Médica y a los Comités de Bioética Médica de los recursos humanos y materiales necesarios para cumplir con su función.

Artículo 83. Los Comités de Bioética Médica tienen las siguientes facultades:

I. Solicitar la intervención de los profesionales de la salud que considere pertinentes con el fin de estar en condiciones de emitir su resolución final;

II. Solicitar, siempre que lo considere pertinente, la realización de estudios complementarios al paciente en estado terminal;

III. Declararse incompetente para resolver alguna solicitud de suspensión de tratamiento curativo cuando, a juicio de la mayoría de sus integrantes, no existan las condiciones para resolver en forma negativa o positiva;

IV. Turnar a la solicitud de suspensión de tratamiento curativo al Comité Nacional de Bioética en los casos en que se declare incompetente;

V. Allegarse de toda la información que requiera para estar en condiciones de emitir su resolución final, y

VI. Las demás que establezca la presente Ley.

Artículo 84. □ Los Comités, o alguno de sus integrantes, podrán en todo momento, suspender la aplicación de la suspensión de tratamiento curativo cuando detecten que existieron vicios en el procedimiento de solicitud o resolución. En tal caso se levantará un acta circunstanciada de los hechos, firmada por el Comité o el miembro que solicite la suspensión.

Artículo 85. □ Los Comités, y cada uno de sus integrantes deberán dirigir todas sus actuaciones con ética y siempre en beneficio de los pacientes en estado terminal.

Artículo 86. □ Cuando los Comités, o alguno de sus integrantes, observe algún indicio o tenga evidencia de alguna forma de presión sobre el paciente en estado terminal, o de algún acto que contravenga la presente Ley, deberá, si ya existe resolución positiva, ordenar la suspensión de la aplicación de la suspensión de tratamiento curativo y hacerlo del conocimiento de la Secretaría de

Salud, quien a su vez, lo hará del Ministerio Público.

Artículo 87. □ En caso de observarse algún indicio o contar con evidencia de alguna forma de presión sobre el paciente en estado terminal, o de algún acto que contravenga la presente Ley durante el periodo de análisis y resolución de la solicitud de suspensión de tratamiento curativo, el Comité resolverá negativamente.

Artículo 88. □ Los miembros de los Comités, así como todas las personas que intervengan durante el análisis, resolución y aplicación de una solicitud de suspensión de tratamiento curativo deberán guardar estricta confidencialidad respecto del caso.

Artículo 89. □ Los miembros de los Comités deberán, como requisito para emitir su resolución, tomar la declaración verbal del solicitante de la suspensión de tratamiento curativo, para el caso de que el paciente sea menor de edad, oírán, además del solicitante al propio menor.

Artículo 90. □ El Comité Nacional de Bioética Médica y los Comités de Bioética Médica podrán, en todo momento, solicitar el cotejo y ratificación de los datos contenidos tanto en la solicitud de suspensión de tratamiento curativo como en el expediente clínico del paciente.

Artículo 91. □ Cuando el paciente en estado terminal, por motivos de salud no pueda apersonarse en la sede de los Comités, estos se trasladarán al lugar dónde se encuentre dicho paciente, tomando para ello en coordinación con la Secretaría, las previsiones necesarias.

CAPÍTULO SEGUNDO

De las Resoluciones

Artículo 92. □ Las resoluciones emitidas por el Comité de Bioética Médica serán apelables. Las resoluciones emitidas por el Comité de Bioética Médica serán apelables ante el Comité Nacional de Bioética Médica en las circunstancias que el mismo determine.

Artículo 93. □ Los Comités de Bioética Médica, tanto nacional como el de cada institución, emitirán sus resoluciones por escrito, siempre de forma respetuosa y amable para el paciente en estado terminal o la persona solicitante.

Artículo 94. □ Las resoluciones deberán contener:

I. Número de solicitud, nombre del paciente en estado terminal y, en su caso, nombre del solicitante de la suspensión del tratamiento curativo;

II. Sentido de la resolución;

III. Las consideraciones para aprobar o rechazar una solicitud de suspensión de tratamiento curativo, de forma detallada;

IV. En su caso, las consideraciones para recomendar un médico diverso al de la solicitud para la aplicación de la suspensión de tratamiento curativo;

V. En caso de ser favorable, el tipo de tratamiento paliativo, el método, procedimiento y fármacos a utilizar;

VI. Lugar, fecha y hora en que se aplicará la suspensión de tratamiento curativo;

VII. Nombre y número de cédula del médico encargado de aplicar la suspensión de tratamiento curativo;

VIII. Nombre y firma de los integrantes del Comité y el sentido de su voto, y

IX. Las demás que determine la Secretaría.

Artículo 95. □ Los Comités de Bioética Médica contarán con cinco días hábiles para emitir su resolución. El plazo será prorrogable, por causas suficientemente justificadas, hasta por un máximo de cinco días hábiles a petición de la mayoría de sus integrantes.

Artículo 96. □ Para el caso de que el Comité de Bioética Médica no emita su resolución en el plazo señalado por la presente Ley, o bien se declare incompetente para resolver, turnará la solicitud inmediatamente al Comité Nacional de Bioética Médica, el cual contará con el mismo plazo para examinar la solicitud y emitir su resolución.

Artículo 97. □ En caso de que el Comité Nacional de Bioética Médica o los Comités de Bioética Médica no emitieran su resolución en el plazo concedido para ello, se tomará como resolución negativa, dicha situación será inapelable en el caso del Comité Nacional.

Artículo 98. □ La falta de resolución del Comité Nacional de Bioética Médica y de los Comités de Bioética Médica, así como las causas de incompetencia, deberán justificarse plenamente por escrito.

TÍTULO DÉCIMO DEL REGISTRO CAPÍTULO ÚNICO

Del Registro de Suspensión de Tratamiento Curativo

Artículo 99. □ Las instituciones de Salud contarán con un Registro de Suspensión de Tratamiento

Curativo el cual conservará en estricta confidencialidad los expedientes, resoluciones y demás documentos relacionados con las solicitudes de suspensión de tratamiento curativo.

Artículo 100. □ Los expedientes y documentos que consten en el Registro de Suspensión de

Tratamiento Curativo podrán ser consultados, en todo momento, por el solicitante de la suspensión de tratamiento curativo o la persona que designe para tal fin, por una comisión revisora nombrada por la Secretaría y, por el Comité Nacional de Bioética Médica o los Comités de Bioética Médica.

Artículo 101. □ El Registro de Suspensión de Tratamiento Curativo deberá llevar los datos estadísticos que determine la Secretaría en coordinación el Comité Nacional de Bioética Médica, en ningún caso podrán proporcionarse datos personales de los pacientes en estado terminal, solicitantes de la suspensión de tratamiento curativo y de ninguna que haya intervenido durante el proceso de análisis, resolución y aplicación de la misma.

Artículo 102. □ Toda la información contenida en el Registro de Suspensión de Tratamiento Curativo podrá ser consultada, en los casos no previstos por esta Ley, con autorización del Comité Nacional de

Bioética Médica o mediante orden judicial.

TÍTULO UNDÉCIMO DE LAS SANCIONES CAPÍTULO ÚNICO

Artículo 102. □ Toda persona que contravenga a la presente Ley será sancionada de conformidad con lo dispuesto por la Ley General de Salud, sus reglamentos y el Código Penal Federal.

TRANSITORIOS

ARTÍCULO PRIMERO. □ El presente Decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

ARTÍCULO SEGUNDO. □ Se deroga toda disposición que contravenga el presente Decreto.

ARTÍCULO TERCERO. □ La Secretaría de Salud emitirá, en un plazo no mayor a 60 días contados a partir de la publicación del presente Decreto en el Diario Oficial de la Federación, las normas reglamentos y las Normas Oficiales Mexicanas necesarias para garantizar el cumplimiento de la presente Ley.

ARTÍCULO CUARTO. □ La Secretaría de Salud conformará el Comité Nacional de Bioética Médica en un plazo no mayor a 60 días contados a partir de la publicación del presente Decreto en el Diario Oficial de la Federación.

ARTÍCULO QUINTO. □ Una vez integrado Comité Nacional de Bioética Médica entrará inmediatamente en funciones y en un plazo no superior a 60 días, contados a partir de la fecha de su integración, designar a los Comités de Bioética Médica y cumplirá con lo dispuesto en la presente Ley.

ARTÍCULO SEXTO. □ La Secretaría de Salud, una vez que entre en funciones el Comité Nacional de Bioética Médica, se coordinará con el mismo para el cumplimiento de las disposiciones contenidas en la presente Ley.
Suscribe,

Senador Lázaro Mazón Alonso.

Dado en el Salón de sesiones del Senado de la República a los 12 días del mes de abril de 2007.

ANEXO 3

**TERCERA INICIATIVA DE LEY EN MÉXICO
LEY GENERAL QUE GARANTIZA LOS DERECHOS DE LOS ENFERMOS
EN SITUACIÓN TERMINAL
INICIATIVA CON PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE EXPIDE LA LEY
GENERAL QUE GARANTIZA
LOS DERECHOS DE LOS ENFERMOS EN SITUACION TERMINAL**

María Teresa Ortuño Gurza y Blanca Judith Díaz Delgado, senadoras de la República de la LX

Legislatura del Congreso de la Unión, integrantes del Grupo Parlamentario del Partido Acción

Nacional, con fundamento en lo dispuesto por el artículo 71 Fracción II de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, así como por la fracción II del artículo 55 del Reglamento para el

Gobierno Interior del Congreso General de los Estados Unidos Mexicanos, someto a la consideración de esta Soberanía, el presente

PROYECTO DE DECRETO QUE EXPIDE LA LEY GENERAL QUE GARANTIZA LOS DERECHOS DE LOS ENFERMOS EN SITUACIÓN TERMINAL.

ARTÍCULO ÚNICO. Se expide la Ley General que garantiza los Derechos de los Enfermos en Situación

Terminal, para quedar como sigue:

Ley General que garantiza los Derechos de los Enfermos en Situación Terminal

CAPÍTULO I

DEL OBJETO Y DE LAS DEFINICIONES

Artículo 1. La presente Ley es de orden público, de interés social y de observancia general en los

Estados Unidos Mexicanos.

Tiene por objeto:

I. Salvaguardar la dignidad de los enfermos en situación terminal, y, en la medida de lo posible, garantizar una vida de calidad a través de los cuidados y atenciones médicas, necesarias para ello;

II. Garantizar una muerte natural en condiciones dignas a los enfermos en situación terminal;

III. Establecer y garantizar los derechos del enfermo en situación terminal en relación con su tratamiento;

IV. Delinear los límites entre el tratamiento curativo y el paliativo;

V. Determinar los medios proporcionados y desproporcionados en los tratamientos; y

VI. Establecer los límites entre la defensa de la vida del enfermo en situación terminal y el ensañamiento terapéutico.

Artículo 2. La aplicación y seguimiento de esta Ley corresponde a:

I. El Ejecutivo Federal, a través de la Secretaría de Salud y demás dependencias que integran la administración pública en el ámbito de sus respectivas competencias;

II. Las Instituciones que forman parte del Sistema Nacional de Salud;

III. Los gobiernos de las entidades federativas y del Distrito Federal, a través de las dependencias correspondientes; y

IV. La Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

Artículo 3. Para los efectos de esta Ley, se entenderá por:

I. Cuidados básicos.- La higiene, vía aérea permeable, alimentación e hidratación;

II. Cuidados paliativos.- De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, es el cuidado activo y total de aquéllas enfermedades que no responden a tratamiento curativo. El control del dolor, y de otros síntomas, así como la atención de aspectos psicológicos, sociales e incluso espirituales, es primordial. La meta de la Medicina Paliativa es conseguir la mejor calidad de vida de sus pacientes y sus familias;

- III. Enfermo en situación terminal.- Es la persona que tiene una enfermedad incurable e irreversible y que tiene un pronóstico de vida inferior a seis meses;
- IV. Ensañamiento terapéutico o distanasia.- La adopción de medidas desproporcionadas o inútiles con el objeto de alargar la vida en situación de agonía;
- V. Instituciones de Salud.- Los hospitales, clínicas, centros de salud y todo establecimiento del sector público o privado, que presten servicios médicos y atención hospitalaria a enfermos que se encuentren en situación terminal;
- VI. Medios desproporcionados.- Los que constituyen una carga demasiado grave para el enfermo y cuyo perjuicio es mayor que los beneficios; en cuyo caso, se podrán valorar estos medios en comparación al tipo de terapia, el grado de dificultad y de riesgo que comporta, los gastos necesarios y las posibilidades de aplicación respecto del resultado que se puede esperar de todo ello;
- VII. Medios proporcionados.- Los que son útiles para conservar la vida del enfermo en situación terminal o para curarlo y que no constituyen, para él una carga grave o desproporcionada a los beneficios que se pueden obtener; y
- VIII. Muerte natural en condiciones dignas.- El proceso de fallecimiento natural de un enfermo en situación terminal, contando con asistencia física, psicológica y en su caso, espiritual.

CAPÍTULO II DE LOS DERECHOS DE LOS ENFERMOS EN SITUACION TERMINAL

Artículo 4. Corresponde a las autoridades de la administración pública de la salud, así como a las de las instituciones de salud privadas y del sector social, garantizar el pleno, libre e informado ejercicio de los derechos que señalan esta ley y demás ordenamientos aplicables, a los enfermos en situación terminal.

Para ello deberán contar con las instalaciones, medicamentos, instrumental y personal médico y de asistencia suficientes para prestar los servicios que se establecen en la presente ley, en especial para los cuidados paliativos.

Artículo 5. Los enfermos en situación terminal tienen los siguientes derechos:

- I. Ingresar a las instituciones de salud cuando requiera atención médica y hospitalaria;
- II. Dejar voluntariamente la institución de salud en que esté hospitalizado, aún en contra de la recomendación médica, siempre y cuando firme un documento mediante el cual libere de alguna responsabilidad derivada de su decisión al personal médico y a la institución;
- III. Recibir un trato digno y profesional que le garantice preservar su calidad de vida. Así como recibir toda atención médica curativa y paliativa durante el tiempo de su enfermedad;
- IV. Recibir información sobre las condiciones y efectos de su enfermedad y los tipos de tratamientos por los cuales puede optar según la enfermedad que padezca;
- V. Dar su consentimiento informado por escrito para la aplicación o no de tratamientos, medicamentos y cuidados paliativos y el lugar donde los desea recibir;
- VI. Recibir los cuidados paliativos necesarios acordes a su enfermedad, incluidos los medicamentos y asesoría psicológica para él y sus familiares. El paciente podrá solicitar al médico que le administre medicamentos que mitiguen el dolor, aún cuando, por su naturaleza, impliquen que el paciente pueda perder el estado de alerta y se acelere su fin de vida;
- VII. Renunciar, abandonar o negarse en cualquier momento a recibir o continuar el tratamiento curativo que considere desproporcionado o innecesario;
- VIII. Recibir los cuidados básicos en todo momento;
- IX. Optar por recibir los cuidados paliativos en un domicilio particular, siempre y cuando reciban la asesoría y seguimiento del personal médico correspondiente;
- X. Consultar a otro u otros médicos especialistas sobre las condiciones y efectos de su enfermedad y tratamientos;
- XI. Designar, a algún familiar, representante legal o a una persona de su confianza, para el caso de que, con el avance de la enfermedad, esté impedido a expresar su voluntad, lo haga en su representación; y
- XII. A que se permita el acceso a las instituciones de salud a los prestadores de servicios espirituales, cuando lo solicite él, su familia, o representante legal.

Artículo 6. Los enfermos en situación terminal deberán dar su autorización por escrito, al ingresar a una institución de salud, para que se le aplique el procedimiento médico quirúrgico o tratamientos especializados de acuerdo a su enfermedad.

Artículo 7. La decisión de aplicar o no, de iniciar o terminar un tratamiento curativo o de cuidados paliativos a un enfermo en situación terminal, deberá ser tomada de común acuerdo entre el médico tratante y el enfermo, prevaleciendo los derechos del enfermo señalados en esta ley. En su caso, se aplicará lo dispuesto en el artículo 10.

Artículo 8. Los cuidados paliativos se proporcionarán desde el momento en que se diagnostica la enfermedad crónica no recuperable y comprenderán la atención especializada que requieran los familiares cercanos del enfermo en situación terminal, debido a la afectación física y emocional que sufran derivada del estado de salud del paciente.

Artículo 9. Los cuidados paliativos pueden ser proporcionados en los hospitales o centros de salud, así como en domicilios particulares, siempre bajo prescripción y supervisión médica.

Artículo 10. Si el enfermo en situación terminal es menor de edad, o se encuentra incapacitado para expresar su voluntad, las decisiones derivadas de los derechos señalados en esta ley, serán asumidos por un familiar, tutor o representante legal.

Artículo 11. Los familiares del enfermo en situación terminal, que lo requieran, tienen derecho a recibir atención médica y psicológica por el daño que puedan sufrir derivado de la situación del enfermo.

Artículo 12. Los familiares del enfermo en situación terminal tienen la obligación de respetar la decisión que de manera voluntaria tome el enfermo en los términos de esta ley.

Artículo 13. En casos de urgencia médica, entendida como la situación en que la vida del paciente esté en peligro inmediato, y que exista incapacidad del enfermo en situación terminal para expresar su consentimiento, y en ausencia de familiares, representante legal, tutor o persona de confianza, la decisión de aplicar un procedimiento médico quirúrgico o tratamiento necesario, será tomada por al menos dos médicos designados por la institución de salud.

Artículo 14. Todos los documentos a que se refiere esta ley y que deban contener la decisión y firma de los enfermos en situación terminal, sus familiares, tutor, representante legal o persona de confianza, constarán en un formato elaborado por las instituciones de salud, los cuales deberán contener como mínimo los datos que permitan identificar plenamente al paciente, su enfermedad, el grado de la misma y tratamientos.

CAPÍTULO III DE LAS FACULTADES Y OBLIGACIONES DE LAS INSTITUCIONES DE SALUD

Artículo 15. Es responsabilidad directa del Estado garantizar que las instituciones de salud proporcionen los cuidados paliativos a enfermos en situación terminal y a su familia.

Artículo 16. Las instituciones de salud tendrán las siguientes obligaciones:

I. Garantizar el servicio y las instalaciones de calidad para la atención debida a los enfermos en situación terminal, y en especial para la prestación de los cuidados paliativos;

II. Garantizar los servicios de orientación y seguimiento para el caso de que los cuidados paliativos se realicen en el domicilio particular que designen el enfermo en situación terminal y/o sus familiares o persona de confianza;

III. Garantizar a las personas enfermas en situación terminal la atención debida y las opciones disponibles, proveyéndoles de los cuidados necesarios para evitarles el sufrimiento durante el curso natural de una enfermedad incurable en estado terminal;

IV. Proporcionar los cuidados paliativos correspondientes al tipo y grado de enfermedad, desde el momento del diagnóstico de la enfermedad crónica no recuperable hasta el último momento;

V. Destinar áreas especializadas dentro de las instalaciones hospitalarias, para brindar los cuidados paliativos, tanto de internamiento como ambulatorias;

VI. Fomentar la creación de instituciones que presten atención a los enfermos en situación terminal que requieran cuidados paliativos y generar las condiciones mínimas necesarias para que los enfermos tengan una muerte natural en condiciones dignas; y

VII. Garantizar la capacitación y actualización permanente de médicos y enfermeras que presten los servicios de salud y, en especial, de cuidados paliativos y atención a enfermos en situación terminal.

Artículo 17. La Secretaría de Salud federal realizará las medidas necesarias para que los cuidados paliativos formen parte de los servicios básicos de salud que presten las instituciones de salud, a fin de garantizar atención médica integral a los enfermos.

Asimismo diseñará programas e implementará acciones para fomentar en los ciudadanos la cultura de los cuidados paliativos.

CAPÍTULO IV DE LOS DERECHOS, FACULTADES Y OBLIGACIONES DE LOS MÉDICOS Y PERSONAL SANITARIO

Artículo 18. Los médicos tratantes y el equipo sanitario que preste los cuidados paliativos, para el mejor desempeño de sus servicios, deberán estar debidamente capacitados humana y técnicamente por instituciones autorizadas para ello.

Artículo 19. Los médicos tratantes y el equipo sanitario responsables de otorgar los cuidados paliativos recibirán apoyo médico y psicológico, así como periodos de descanso para evitar y, en su caso atender, posibles crisis emocionales.

Artículo 20. Los médicos tratantes y personal sanitario tendrán el derecho de ejercer la objeción de conciencia.

En este caso la institución de salud presentará, al enfermo o a su familia o persona de su confianza, otras opciones de médicos que no presenten objeción de conciencia al caso.

Artículo 21. Los médicos tratantes, tendrán las siguientes obligaciones:

I. Proporcionar toda la información que el paciente requiera, así como la que el médico considere necesaria para que el enfermo en situación terminal pueda tomar una decisión libre e informada sobre su atención, tratamiento y cuidados;

II. Pedir el consentimiento informado del enfermo en situación terminal, por escrito, para los tratamientos o medidas a tomar respecto de la enfermedad incurable. Dicho escrito deberá ser anexado al expediente médico del paciente. En su caso, se aplicará lo dispuesto por el artículo 10 de esta ley;

III. Informar al enfermo en situación terminal, sobre las opciones que existan de cuidados paliativos.

En su caso, se aplicará lo dispuesto por el artículo 10 de esta ley;

IV. Informar oportunamente al enfermo en situación terminal, cuando el tratamiento curativo no dé resultados. En su caso, se aplicará lo dispuesto por el artículo 10 de esta ley;

V. Respetar la decisión del enfermo en situación terminal en cuanto al tratamiento curativo y cuidados paliativos, una vez que se le haya explicado en términos sencillos las consecuencias de su decisión;

VI. Garantizar que se brinden los cuidados básicos al paciente en todo momento;

VII. Procurar las medidas mínimas necesarias para preservar la calidad de vida de los enfermos en situación terminal;

VIII. Respetar y aplicar todas y cada una de las medidas y procedimientos para los casos que señala esta ley; y

IX. Hacer saber al enfermo, de inmediato y antes de su aplicación, si el tratamiento a seguir para aliviar el dolor y los síntomas de su enfermedad tenga como efectos secundarios disminuir el tiempo de vida. En su caso, se aplicará lo dispuesto por el artículo 10 de esta ley.

Artículo 22. Los médicos tratantes podrán suministrar fármacos paliativos a un enfermo en situación terminal, aún cuando con ello se pierda estado de alerta o se acorte la vida del paciente, siempre y cuando se suministren dichos fármacos paliativos con el objeto de aliviar el dolor del paciente.

En estos casos será necesario el consentimiento del enfermo. En su caso, se aplicará lo dispuesto por el artículo 10 de esta ley. En ningún caso se suministrarán tales fármacos con la finalidad de acortar o terminar la vida del paciente, pues en tal caso se estará sujeto a las disposiciones penales aplicables.

Artículo 23. Los médicos tratantes, en ningún caso y por ningún motivo implementarán medios desproporcionados al enfermo en situación terminal, sin su consentimiento.

Artículo 24. Para garantizar una vida de calidad y el respeto a la dignidad del enfermo en situación terminal, el personal médico no deberá aplicar tratamientos o medidas consideradas ensañamiento terapéutico ni medios desproporcionados.

Artículo 25. El personal médico que deje de proporcionar los cuidados básicos a los enfermos en situación terminal, serán sancionados conforme lo establecido por las leyes aplicables.

Artículo 26. El personal médico que, por decisión propia, deje de proporcionar cualquier tratamiento o cuidado sin el consentimiento del enfermo en situación terminal, o en caso que

esté impedido para expresar su voluntad, el de su familia o persona de confianza, serán sancionados conforme lo establecido por las leyes aplicables.

Artículo 27. Queda prohibida, en las instituciones de salud, la práctica de la eutanasia, entendida como homicidio por piedad, así como el suicidio asistido conforme lo señala el Código Penal Federal, bajo el amparo de esta ley. En tal caso se estará a lo que señalan las disposiciones penales aplicables.

TRANSITORIOS

Primero.- El presente Decreto entrará en vigor a los sesenta días naturales siguientes a su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

Segundo. Publíquese en el Diario Oficial de la Federación.

Tercero. El ejecutivo federal deberá emitir el reglamento de la presente ley y demás disposiciones necesarias para su debida aplicación, dentro de los sesenta días siguientes a la entrada en vigor.

Cuarto. Se derogan las disposiciones que se opongan a la presente ley.

Atentamente

María Teresa Ortuño Gurza

Senadora

Blanca Judith Díaz Delgado

ANEXO 4

NUEVA LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL DISTRITO

PUBLICADO EN LA GACETA OFICIAL DEL DISTRITO FEDERAL EL 7 DE ENERO DEL
2008

LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA PARA EL DISTRITO FEDERAL

CAPÍTULO PRIMERO

DISPOSICIONES PRELIMINARES

Artículo 1. La presente ley es de orden público e interés social, y tiene por objeto establecer y regular las normas, requisitos y formas de realización de la voluntad de cualquier persona con capacidad de ejercicio, respecto a la negativa a someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona, cuando por razones médicas, fortuitas o de fuerza mayor, sea imposible mantener su vida de manera natural.

Artículo 2. La aplicación de las disposiciones establecidas en la presente ley, son relativas a la Voluntad Anticipada de las personas en materia de Ortotanasia, y no permiten ni facultan bajo ninguna circunstancia la realización de conductas que tengan como consecuencia el acortamiento intencional de la vida.

Artículo 3. Para efectos de esta ley se define y entiende por:

I. Código Civil: Código Civil para el Distrito Federal;

II. Código de Procedimientos: Código de Procedimientos Civiles para el Distrito Federal;

III. Código Penal: Código Penal para el Distrito Federal;

IV. Cuidados Paliativos: el cuidado activo y total de aquellas enfermedades que no responden a tratamiento curativo e incluyen el control del dolor y otros síntomas, así como la atención psicológica del paciente;

V. Documento de Voluntad Anticipada: consiste en el documento público suscrito ante Notario, en el que cualquier persona con capacidad de ejercicio y en pleno uso de sus facultades mentales, manifiesta la petición libre, consciente, seria, inequívoca y reiterada de no someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos, que propicien la Obstinación Médica;

VI. Enfermo en Etapa Terminal: es el que tiene un padecimiento mortal o que por caso fortuito o causas de fuerza mayor tiene una esperanza de vida menor a seis meses, y se encuentra imposibilitado para mantener su vida de manera natural, con base en las siguientes circunstancias:

a) Presenta diagnóstico de enfermedad avanzada, irreversible, incurable, progresiva y/o degenerativa;

b) Imposibilidad de respuesta a tratamiento específico; y/o

c) Presencia de numerosos problemas y síntomas, secundarios o subsecuentes;

VII. Institución Privada de Salud: Son los servicios de salud que prestan las personas físicas o morales, en las condiciones que convengan con los usuarios, y sujetas a los ordenamientos legales, civiles y mercantiles.

VIII. Ley: Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal;

IX. Ley de Salud: Ley de Salud para el Distrito Federal;

X. Medidas Mínimas Ordinarias: consisten en la hidratación, higiene oxigenación, nutrición y/o curaciones del paciente en etapa terminal según lo determine el personal de salud correspondiente;

XI. Notario: Notario Público del Distrito Federal;

XII. Obstinación Terapéutica: utilización innecesaria de los medios, instrumentos y métodos médicos, para mantener vivo a un enfermo en etapa terminal;

XIII. Ortotanasia: significa muerte correcta. Distingue entre curar y cuidar, sin provocar la muerte de manera activa, directa o indirecta, evitando la aplicación de medios, tratamientos y/o procedimientos médicos obstinados, desproporcionados o inútiles, procurando no

menoscabar la dignidad del enfermo en etapa terminal, otorgando los Cuidados Paliativos, las Medidas Mínimas Ordinarias y Tanatológicas, y en su caso la Sedación Controlada;

XIV. Personal de salud: son los profesionales, especialistas, técnicos, auxiliares y demás trabajadores que laboran en la prestación de los servicios de salud;

XV. Coordinación Especializada: es la unidad administrativa adscrita a la Secretaría de Salud en materia de Voluntad Anticipada;

XVI. Reanimación: conjunto de acciones que se llevan a cabo para tratar de recuperar las funciones y/o signos vitales;

XVII. Secretaría: Secretaría de Salud del Distrito Federal;

XVIII. Sedación Controlada: es la administración de fármacos por parte del personal de salud correspondiente, para lograr el alivio, inalcanzable con otras medidas, de un sufrimiento físico y/o psicológico, en un paciente en etapa terminal, con su consentimiento explícito, implícito o delegado, sin provocar con ello la muerte de manera intencional de éste; y

XIX. Tanatología: significa tratado o ciencia de la muerte. Consiste en la ayuda médica y psicológica brindada tanto al enfermo en etapa terminal como a los familiares de éste, a fin de comprender la situación y consecuencias de la aplicación de la Ortotanasia.

Artículo 4. En lo no previsto en la presente Ley, se aplicará de manera supletoria lo dispuesto por el Código Civil y el Código de Procedimientos Civiles, cuando fueren aplicables, y no afecte derechos de terceros o contravenga otras disposiciones legales vigentes.

Artículo 5. La presente Ley se aplicará única y exclusivamente en el territorio del Distrito Federal con base en los términos y disposiciones establecidas en la misma.

Artículo 6. La aplicación de las disposiciones establecidas en la presente Ley no eximen de responsabilidades, sean de naturaleza civil, penal o administrativa, a quienes intervienen en su realización, si no se cumple con los términos de la misma.

Ningún solicitante, profesional o personal de salud que haya actuado en concordancia con las disposiciones establecidas en la presente Ley, estará sujeto a responsabilidad civil, penal o administrativa.

CAPÍTULO SEGUNDO

DE LOS REQUISITOS DEL DOCUMENTO DE VOLUNTAD ANTICIPADA

Artículo 7. El Documento de Voluntad Anticipada podrá suscribirlo:

I. Cualquier persona con capacidad de ejercicio;

II. Cualquier enfermo en etapa terminal, médicamente diagnosticado como tal;

III. Los familiares y personas señaladas en los términos y supuestos de la presente Ley, cuando el enfermo en etapa terminal se encuentre de manera inequívoca impedido para manifestar por sí mismo su voluntad; y

IV. Los padres o tutores del enfermo en etapa terminal cuando éste sea menor de edad o incapaz legalmente declarado. Para los efectos de las fracciones III y IV del presente artículo el signatario deberá acreditar con el acta correspondiente el parentesco a que haya lugar.

Artículo 8. El documento de Voluntad Anticipada deberá contar con las siguientes formalidades y requisitos:

I. Realizarse por escrito de manera personal, libre e inequívoca ante Notario;

II. Suscrito por el solicitante, estampando su nombre y firma en el mismo;

III. El nombramiento de un representante para corroborar la realización del Documento de Voluntad Anticipada en los términos y circunstancias determinadas en él; y IV. La manifestación respecto a la disposición de órganos susceptibles de ser donados.

Artículo 9. El Documento de Voluntad Anticipada suscrito ante Notario, deberá ser notificado por éste a la Coordinación Especializada para los efectos a que haya lugar.

Artículo 10. En caso de que el enfermo en etapa terminal se encuentre imposibilitado para acudir ante el Notario, podrá suscribir el Documento de Voluntad Anticipada ante el personal de salud correspondiente y dos testigos en los términos del Formato que para los efectos legales y conducentes emita la Secretaría, mismo que deberá ser notificado a la Coordinación Especializada para los efectos a que haya lugar.

Artículo 11. Una vez suscrito el Documento o el Formato de Voluntad Anticipada en los términos de los dos artículos anteriores, la Coordinación Especializada deberá hacerlo del conocimiento del Ministerio Público para los efectos a que haya lugar, y del personal de

salud correspondiente para integrarlo, en su momento, al expediente clínico del enfermo en etapa terminal.

Artículo 12. No podrán ser testigos:

- I. Los menores que no han cumplido 16 años de edad;
- II. Los que habitual o accidentalmente no disfrutan de su cabal juicio;
- III. Los familiares del enfermo en etapa terminal hasta el cuarto grado;
- IV. Los que no entiendan el idioma que habla el enfermo en etapa terminal, salvo que se encuentre un intérprete presente; y
- V. Los que hayan sido condenados por el delito de falsedad.

Artículo 13. No podrán ser representante para la realización del Documento de Voluntad Anticipada:

- I. Las personas que no han cumplido 16 años de edad;
- II. Los que habitual o accidentalmente no disfrutan de su cabal juicio;
- III. Los que no entiendan el idioma que habla el enfermo en etapa terminal, salvo que se encuentre un intérprete presente; y
- IV. Los que hayan sido condenados por el delito de falsedad.

Artículo 14. El cargo de representante es voluntario y gratuito; pero el que lo acepte, se constituye en la obligación de desempeñarlo.

Artículo 15. El representante que presente excusas, deberá hacerlo al momento en que tuvo noticia de su nombramiento.

Artículo 16. Pueden excusarse de ser representantes:

- I. Los empleados y funcionarios públicos;
- II. Los militares en servicio activo;
- III. Los que por el mal estado habitual de salud, o por no saber leer ni escribir, no puedan atender debidamente su representación;
- IV. Cuando por caso fortuito o fuerza mayor no pueda realizar el cargo conferido; y
- V. Los que tengan a su cargo otra representación en los términos de la presente Ley.

Artículo 17. Son obligaciones del representante:

- I. La revisión y confirmación de las disposiciones establecidas por el signatario en el Documento de Voluntad Anticipada;
- II. La verificación del cumplimiento exacto e inequívoco de las disposiciones establecidas en el Documento de Voluntad Anticipada;
- III. La verificación, cuando tenga conocimiento por escrito, de la integración de los cambios y/o modificaciones que realice el signatario al Documento de Voluntad Anticipada;
- IV. La defensa del Documento de Voluntad Anticipada, en juicio y fuera de él, así como de las circunstancias del cumplimiento de la voluntad del signatario y de la validez del mismo; y,
- V. Las demás que le imponga la ley.

Artículo 18. Los cargos de representante concluyen:

- I. Por el término natural del encargo;
- II. Por muerte del representante;
- III. Por muerte del representado;
- IV. Por incapacidad legal, declarada en forma;
- V. Por excusa que el juez califique de legítima, con audiencia de los interesados y del Ministerio Público, cuando se interesen menores o el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia del Distrito Federal en el ámbito de sus atribuciones; y,
- VI. Por revocación de sus nombramientos o remoción, hecha por el signatario para su realización.

Artículo 19. Podrán suscribir el Documento de Voluntad Anticipada en los términos establecidos por la fracción III del artículo 7 de la presente Ley, por orden subsecuente y a falta de:

- I. El o la cónyuge;
- II. El concubinario o la concubina; o el o la conviviente.
- III. Los hijos mayores de edad, consanguíneos o adoptados;
- IV. Los padres o adoptantes;
- V. Los nietos mayores de edad; y
- VI. Los hermanos mayores de edad o emancipados.

El familiar signatario del Documento o Formato de Voluntad Anticipada en los términos del presente artículo fungirá a su vez como representante del mismo para los efectos de cumplimiento a que haya lugar.

Artículo 20. Podrán suscribir el Documento de Voluntad Anticipada en los términos establecidos por la fracción IV del artículo 7 de la presente Ley, por orden e importancia de prelación y a falta de y de manera subsecuente:

I. Los padres o adoptantes;

II. Los familiares o personas que ejerzan la patria potestad del menor; o,

III. Los hermanos mayores de edad o emancipados;

El familiar signatario del Documento o Formato de Voluntad Anticipada en los términos del presente artículo fungirá a su vez como representante del mismo para los efectos de cumplimiento a que haya lugar.

Artículo 21. En caso de que existan hijos menores de 18 años y mayores de 16 años podrán igualmente suscribir el Documento de Voluntad Anticipada en los supuestos establecidos en los dos artículos anteriores, a falta de las demás personas facultadas.

Artículo 22. Cuando el Documento de Voluntad Anticipada sea suscrito ante Notario, éste dará lectura al mismo en voz alta a efecto de que el signatario asiente que es su voluntad la que propiamente se encuentra manifiesta en dicho documento. Cuando el solicitante del Documento de Voluntad Anticipada ignore el idioma del país, el Notario deberá nombrar a costa del solicitante un intérprete que sea perito traductor, quien concurrirá al acto y explicará totalmente al solicitante los términos y condiciones en que se suscribe el Documento de Voluntad Anticipada.

Artículo 23. El Notario deberá verificar la identidad del solicitante, y de que se halla en su cabal juicio y libre de cualquier coacción.

Artículo 24. Si la identidad del solicitante no pudiere verificarse, se declarará esta circunstancia por el Notario, solicitando la presencia de dos testigos, que bajo protesta de decir verdad, verifiquen la personalidad de este y en caso de que no existiera la posibilidad de presencia de los dos testigos, el Notario agregará al Documento de Voluntad Anticipada todas las señas o características físicas y/o personales del solicitante.

Artículo 25. En caso de que el Documento de Voluntad Anticipada sea suscrito en los términos del artículo 10 de la presente Ley, igualmente deberá darse lectura en voz alta, a efecto de que el solicitante asiente que es su voluntad la que propiamente se encuentra manifiesta en dicho documento, pero no tendrá validez el Documento de Voluntad Anticipada hasta que no se verifique la identidad de este por los dos testigos.

Artículo 26. Se prohíbe a los Notarios y a cualesquiera otras personas que hayan de redactar Documentos de Voluntad Anticipada, dejar hojas en blanco y servirse de abreviaturas o cifras, bajo la pena de quinientos días de salario mínimo general vigente como multa.

Artículo 27. El solicitante expresará de modo claro y terminante su voluntad al Notario o a las personas facultadas para los efectos por la Secretaría según sea el caso, quienes redactarán por escrito las cláusulas del Documento de Voluntad Anticipada o cumplirán con los requisitos del Formato correspondiente, sujetándose estrictamente a la voluntad del solicitante y las leerá en voz alta para que éste manifieste si está conforme. Si lo estuviere, lo firmarán el solicitante, el Notario, los testigos y el intérprete, según el caso, asentándose el lugar, año, mes, día y hora en que hubiere sido otorgado. El solicitante preferentemente asistirá al acto acompañado de aquél que haya de nombrar como representante a efecto de asentar en el Documento de Voluntad Anticipada, la aceptación del cargo.

Artículo 28. En los casos previstos en los artículos 29, 30, 31, 32 y 33 de la presente Ley, así como cuando el solicitante o el Notario lo requieran, deberán concurrir al otorgamiento del acto, dos testigos y firmar el Documento de Voluntad Anticipada.

Artículo 29. Cuando el solicitante declare que no sabe o no puede firmar el Documento de Voluntad Anticipada o el Formato según sea el caso, deberá igualmente suscribirse ante dos testigos, y uno de ellos firmará a ruego del solicitante, quien imprimirá su huella digital.

Artículo 30. Si el solicitante fuere enteramente sordo o mudo, pero que sepa leer, deberá dar lectura al Documento de Voluntad Anticipada o Formato correspondiente; si no supiere o no pudiere hacerlo, designará una persona que lo haga a su nombre.

Artículo 31. En caso de que el solicitante fuere sordomudo, y supiera el lenguaje a señas, el Notario estará a lo dispuesto por el artículo 22 párrafo segundo de la presente Ley.

Artículo 32. Cuando el solicitante sea ciego o no pueda o no sepa leer, se dará lectura al documento de Voluntad Anticipada dos veces: una por el Notario, como está prescrito en el artículo 22 primer párrafo, y otra, en igual forma, por uno de los testigos u otra persona que el solicitante designe. Si el solicitante no puede o no sabe leer y escribir, concurrirá al acto una persona que fungirá como intérprete, quien corroborará la voluntad que dicte aquél.

Artículo 33. Cuando el solicitante ignore el idioma del país, si puede, manifestará su voluntad, que será traducida al español por el intérprete a que se refiere el artículo 22, párrafo segundo.

La traducción se transcribirá como Documento de Voluntad Anticipada y tanto el suscrito en el idioma original como el traducido, serán firmados por el solicitante, el intérprete y el Notario, integrándose como un solo documento. Si el solicitante no puede o no sabe leer, dictará en su idioma su voluntad, al intérprete; traducida ésta, se procederá como dispone el párrafo primero de este artículo.

Artículo 34. Las formalidades expresadas en este capítulo se practicarán en un solo acto que comenzará con la lectura del Documento de Voluntad Anticipada o el Formato correspondiente y el Notario o la persona facultada para los efectos, dará fe de haberse llenado aquéllas.

Artículo 35. El solicitante o su representante deberán entregar el Documento de Voluntad Anticipada al personal de salud encargado de implementar el tratamiento del enfermo en etapa terminal, para su integración al expediente clínico, y dar cumplimiento a las disposiciones establecidas en el mismo.

CAPÍTULO TERCERO

DE LA NULIDAD Y REVOCACIÓN DE LA VOLUNTAD ANTICIPADA

Artículo 36. Es nulo el Documento de Voluntad Anticipada realizado bajo las siguientes circunstancias:

- I. El realizado en documento diverso al Documento de Voluntad Anticipada o el Formato correspondiente autorizado por la Secretaría;
- II. El realizado bajo influencia de amenazas contra el signatario o sus bienes, o contra la persona o bienes de su cónyuge, parientes, concubinario o concubina;
- III. El captado por dolo o fraude;
- IV. Aquel en el que el signatario no exprese clara e inequívocamente su voluntad, sino sólo por señales o monosílabos en respuesta a las preguntas que se le hacen;
- V. Aquél que se otorga en contravención a las formas prescritas por la ley; y
- VI. Aquel en el que medie alguno de los vicios del consentimiento para su realización.

Artículo 37. El signatario que se encuentre en algunos de los supuestos establecidos en el artículo anterior, podrá, luego que cese dicha circunstancia, revalidar su Documento o Formato de Voluntad Anticipada con las mismas solemnidades que si lo signara de nuevo; de lo contrario será nula la revalidación.

Artículo 38. El Documento o Formato de Voluntad Anticipada únicamente podrá ser revocado por el signatario del mismo en cualquier momento.

No podrán por ninguna circunstancia establecerse o pretenderse hacer valer disposiciones testamentarias, legatarias o donatarias de bienes, derechos u obligaciones diversos a los relativos a la Voluntad Anticipada en los documentos o formatos que regula la presente Ley.

Artículo 39. En caso de que existan dos o más Documentos o Formatos de Voluntad Anticipada será válido el último firmado por el signatario.

CAPÍTULO CUARTO

DEL CUMPLIMIENTO DE LA VOLUNTAD ANTICIPADA

Artículo 40. Para efectos del cumplimiento de las disposiciones establecidas en el Documento o Formato de Voluntad Anticipada, el signatario o en su caso su representante, deberá solicitar al personal de salud correspondiente se efectúen las disposiciones establecidas en dicho documento. El personal de salud correspondiente deberá realizar dichas disposiciones en los términos solicitados y prescritos en el Documento o Formato de Voluntad Anticipada y en referencia al derecho establecido para ello en el artículo 16 Bis 3 de la Ley de Salud.

Artículo 41. Al momento en que el personal de salud correspondiente dé inicio al cumplimiento de las disposiciones y términos contenidos en el Documento de Voluntad Anticipada deberá asentar en el historial clínico del enfermo en etapa terminal, toda la información que haga constar dicha circunstancia hasta su terminación, en los términos de

las disposiciones de salud correspondientes. Para los efectos del párrafo anterior se incluirán los Cuidados Paliativos, las Medidas Mínimas Ordinarias, la Sedación Controlada y el tratamiento Tanatológico que el personal de salud correspondiente determine.

Artículo 42. El personal de salud a cargo de cumplir las disposiciones establecidas en el Documento o Formato de Voluntad Anticipada y las disposiciones de la presente Ley, cuyas creencias religiosas o convicciones personales sean contrarias a tales disposiciones, podrán ser objetores de conciencia y por tal razón excusarse de intervenir en su realización. Será obligación de la Secretaría, garantizar y vigilar en las instituciones de salud, la oportuna prestación de los servicios y la permanente disponibilidad de personal de salud no objetor, a fin de verificar el cumplimiento de la Voluntad Anticipada del enfermo en etapa terminal.

La Secretaría en el ámbito de sus atribuciones y posibilidades financieras, ofrecerá atención médica domiciliaria a enfermos en etapa terminal, de conformidad con los lineamientos que para tal efecto emita en los términos de la presente Ley. Asimismo, la Secretaría emitirá los lineamientos correspondientes para la aplicación de la Ley de Voluntad Anticipada en las instituciones privadas de Salud.

Artículo 43. El personal de salud en ningún momento y bajo ninguna circunstancia podrá suministrar medicamentos o tratamientos médicos, que provoquen de manera intencional el deceso del enfermo en etapa terminal.

Artículo 44. No podrán realizarse las disposiciones contenidas en el Documento o Formato de Voluntad Anticipada y en la presente Ley, a enfermo que no se encuentre en etapa terminal.

CAPÍTULO QUINTO

DE LA COORDINACIÓN ESPECIALIZADA EN MATERIA DE VOLUNTAD ANTICIPADA

Artículo 45. La Coordinación Especializada es la unidad administrativa adscrita a la Secretaría encargada de velar por el cumplimiento de las disposiciones establecidas en la presente Ley y en los Documentos y Formatos de Voluntad Anticipada.

Artículo 46. Son atribuciones de la Coordinación Especializada:

I. Recibir, archivar y resguardar los Documentos y Formatos de Voluntad Anticipada, procedentes de las instituciones públicas y privadas de salud;

II. Hacer del conocimiento del Ministerio Público los Documentos y Formatos de Voluntad Anticipada; procedentes de las instituciones públicas y privadas de salud;

III. Supervisar en la esfera de su competencia:

a) El cumplimiento de las disposiciones de los Documentos y Formatos de Voluntad Anticipada;

y

b) Lo relativo en materia de Trasplantes y Donación de Órganos y Tejidos;

IV. Coadyuvar con el control y registro de donantes y receptores de Órganos y Tejidos en coordinación con el Centro Nacional de Trasplantes y los Centros Estatales de Trasplantes en el ámbito de sus atribuciones;

V. Fungir como vínculo con los Centros Nacional y Estatales de Trasplantes en el ámbito de su competencia;

VI. Fomentar, promover y difundir la cultura de Donación de Órganos y Tejidos en el ámbito de su competencia;

VII. Proponer en el ámbito de su competencia, la celebración de convenios de colaboración con otras instituciones y asociaciones públicas o privadas en las que se promuevan y realicen Trasplantes de Órganos y Tejidos; y

VIII. Las demás le otorguen las otras leyes y reglamentos.

Artículo 47. Las disposiciones derivadas de la Voluntad Anticipada establecidas en el presente Capítulo en materia de Trasplantes y Donación de Órganos se regirán por lo dispuesto en la Ley de Salud para el Distrito Federal y en la Ley General de Salud, en los términos que las mismas determinen en lo conducente y aplicable en el Distrito Federal.

ARTÍCULO SEGUNDO.- Se adicionan un párrafo segundo y tercero al artículo 127, el artículo 143 bis y el artículo 158 bis al Código Penal para el Distrito Federal, para quedar como siguen:

Artículo 127. ...

Los supuestos previstos en el párrafo anterior no integran los elementos del cuerpo del delito de homicidio, así como tampoco las conductas realizadas por el personal de salud correspondiente, para los efectos del cumplimiento de las disposiciones establecidas en la

Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal. Tampoco integran los elementos del cuerpo del delito previsto en el párrafo primero del presente artículo, las conductas realizadas conforme a las disposiciones establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal suscritas y realizadas por el solicitante o representante, en el Documento de Voluntad Anticipada o el Formato expedido por la Secretaría de Salud para los efectos legales a que haya lugar.

Artículo 143 Bis. En los supuestos previstos en los dos artículos anteriores no integran los elementos del cuerpo del delito de ayuda o inducción al suicidio, las conductas realizadas por el personal de salud correspondiente para los efectos del cumplimiento de las disposiciones establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal.

Tampoco integran los elementos del cuerpo del delito previstos en el párrafo anterior, las conductas realizadas conforme a las disposiciones establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal suscritas y realizadas por el solicitante o representante, en el

Documento de Voluntad Anticipada o el Formato expedido por la Secretaría de Salud para los efectos legales a que haya lugar.

Artículo 158 Bis. En los supuestos previstos en el artículo 156 y primer párrafo del artículo 158, no integran los elementos del cuerpo del delito de omisión de auxilio o de cuidado, las conductas realizadas por el personal de salud para los efectos del cumplimiento de las disposiciones establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal. Tampoco integran los elementos del cuerpo del delito previstos en el párrafo anterior, las conductas realizadas conforme a las disposiciones establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal suscritas y realizadas por el solicitante o representante, en el Documento de Voluntad Anticipada o el Formato expedido por la Secretaría de Salud para los efectos legales a que haya lugar.

ARTÍCULO TERCERO.- Se adiciona la fracción III al artículo 16 Bis 3, de la Ley de Salud para el Distrito Federal, para quedar como sigue:

Artículo 16 Bis 3. ...

I. ...;

II. ...; y

III. La obligación, por parte del Gobierno del Distrito Federal, del cumplimiento de lo dispuesto en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, siempre y cuando se hayan cumplido con los requisitos establecidos en la misma.

TRANSITORIOS

PRIMERO.- El presente Decreto entrará en vigor al día siguiente de su publicación en la Gaceta Oficial del Distrito Federal.

SEGUNDO.- A partir de la entrada en vigor de la presente Decreto, se derogan las demás disposiciones que contravengan al mismo.

TERCERO.- El Jefe de Gobierno del Distrito Federal tendrá 90 días naturales para emitir el Reglamento y los Lineamientos conducentes para la aplicación de la presente ley.

CUARTO.- El Jefe de Gobierno del Distrito Federal, deberá realizar a más tardar en 90 días naturales las adecuaciones correspondientes al Reglamento Interior de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, para proveer en la esfera administrativa lo relativo a la creación de la Coordinación Especializada en materia de Voluntad Anticipada.

QUINTO.- El Jefe de Gobierno del Distrito Federal deberá suscribir el convenio de colaboración correspondiente con el Colegio de Notarios a efecto de garantizar el cumplimiento de las disposiciones de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal y asegurar el menor costo posible de los honorarios correspondientes al Documento contenido en ella, así como la inclusión de la suscripción del mismo en las Jornadas Notariales.

SEXTO.- La Asamblea Legislativa del Distrito Federal, deberá establecer en el Presupuesto de Egresos para el ejercicio fiscal 2008, los recursos presupuestales correspondientes y

suficientes para la operación y difusión de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal.

SÉPTIMO.- Una vez que el Centro Local de Trasplantes inicie sus operaciones, la Coordinación Especializada en materia de Voluntad Anticipada, continuará con la realización y ejecución de las disposiciones establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, en materia de Donación y Trasplante de Órganos y Tejidos, y fungirá como coadyuvante de éste en los términos de dicha Ley y las disposiciones vigentes en materia de salud.

OCTAVO.- El Jefe de Gobierno del Distrito Federal, deberá suscribir los convenios de coordinación de acciones correspondientes con la Secretaría de Salud Federal, El Centro Nacional de Trasplantes y los Centros Estatales de Trasplantes, a efecto de garantizar el cumplimiento de las disposiciones establecidas en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, en materia de Trasplantes y Donación de Órganos y Tejidos, con base en lo dispuesto por la Ley General de Salud en lo conducente y aplicable.

NOVENO.- Publíquese el presente Decreto en el Diario Oficial de la Federación para su mayor difusión.

Recinto de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, a los cuatro días del mes de diciembre del año dos mil siete.- POR LA MESA DIRECTIVA.- DIP. KENIA LÓPEZ RABADÁN, PRESIDENTA.- DIP. MARÍA ELBA GÁRFIAS MALDONADO, SECRETARIA.- DIP. ALFREDO VINALAY MORA, SECRETARIO.- (Firmas)

En cumplimiento de lo dispuesto por el artículo 122, Apartado C, Base Segunda, fracción II, inciso b), de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; 48, 49 y 67, fracción II del Estatuto de Gobierno del Distrito Federal, y para su debida publicación y observancia expido el presente Decreto Promulgatorio, en la Residencia Oficial del Jefe de Gobierno del Distrito Federal, en la Ciudad de México, a los diecinueve días del mes de diciembre del año dos mil siete.- **EL JEFE DE GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL, MARCELO LUIS EBRARD CASAUBON.- FIRMA.- EL SECRETARIO DE GOBIERNO, JOSÉ ÁNGEL ÁVILA PÉREZ.- FIRMA.- EL SECRETARIO DE SALUD, MANUEL MONDRAGÓN Y KALB.- FIRMA.**

ANEXO 5

INICIATIVA DE DECRETO QUE REFORMA Y ADICIONA LA LEY DE SALUD PARA EL DISTRITO FEDERAL, EL CÓDIGO PENAL Y EL CÓDIGO CIVIL AMBOS PARA EL DISTRITO FEDERAL

El que suscribe diputado Armando Tonatiuh González Case, a nombre del grupo parlamentario del Partido Revolucionario Institucional, con fundamento en lo dispuesto por los artículos 122 apartado C base primera fracción V incisos h) e i) de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 42 fracciones XII y XIII y 46 fracción I del Estatuto de Gobierno del Distrito Federal, 17 fracción IV y 89 párrafos primero y segundo de la Ley Orgánica de la Asamblea Legislativa del Distrito Federal, someto a su consideración la **siguiente iniciativa de decreto que reforma y adiciona la Ley de Salud para el Distrito Federal, el Código Penal y el Código Civil ambos para el Distrito Federal**, al tenor de los siguientes:

Antecedentes

Se define a la eutanasia como el derecho que tiene un paciente a decidir la forma y el momento de su muerte, con el objeto de evitar sufrimientos y agonía dolorosa como consecuencia de una enfermedad grave e incurable. Para ello se debieron agotar todas las opciones, que permitan diagnosticar la irreversibilidad de la enfermedad y por tanto la muerte inevitable.

La palabra eutanasia tiene su origen etimológico del griego; eu que significa bueno y thanatos que es muerte, que se traduce como "Buena muerte".

Sin lugar a dudas el tema es polémico e implica tomar en cuenta diversas opiniones, pero son muchas las voces de médicos, juristas, pacientes y ciudadanos en general que se inclinan porque se legalice el derecho que tiene cualquier persona a decidir sobre su vida.

En este sentido el periódico milenio, publicó el año pasado una encuesta donde el 82 por ciento de los capitalinos están de acuerdo que los enfermos terminales o totalmente incapacitados tengan el derecho a decidir sobre su vida

En este contexto en mayo de 2005 en la cámara de diputados se presentó una iniciativa de reforma a los Códigos Penal y Civil federales para permitir la muerte asistida.

De igual forma en octubre de 2005 se presentaron reformas a la ley de salud y al Nuevo Código Penal del Distrito Federal, para permitir la muerte asistida, mientras que en Nuevo León también se presentó una iniciativa para permitir la eutanasia.

En el mundo, el tema de la eutanasia no ha sido excluido de las legislaciones, a pesar de un lento avance a partir de 1934 el Código Penal de Uruguay establece el denominado homicidio piadoso.

En 1938 en el estado de Nueva York se presentó una iniciativa de ley relacionada con la "muerte por piedad", mientras que en 1967 en el Reino Unido se presentó otro proyecto de ley.

En 1976 el estado de California aprobó la primera ley del "Testamento en Vida"; mientras que en 1983 en el mismo estado se aprobó la primera ley del Poder Notarial de Duración Indefinida para el cuidado de la Salud, por el cual, quien lo firma nombra un apoderado para que tome cualquier decisión necesaria, en caso de que él quede incapacitado.

En 1988, el estado australiano de Victoria legalizó el "suicidio médico".

En Gran Bretaña, la eutanasia es ilegal; pero entre 1993 y 1994 se autorizó a varios médicos a desactivar los aparatos de pacientes que eran mantenidos con vida artificial y se reconoce el Testamento de Vida.

En Estados Unidos, Oregon es el único estado de la unión americana que cuenta con una ley de muerte con dignidad, que fue aprobada en 1997 por los votantes.

Mientras que en abril de 2005 en Francia se creó una ley que sin legalizar la eutanasia, permite dejar morir a los enfermos incurables o en fase Terminal.

Sin olvidar que en Alemania y Suiza es permitido el suicidio asistido y se reconoce el testamento de vida; a su vez España permite el suicidio asistido y en Dinamarca se reconoce el testamento de vida.

En países como China, Japón e India se avanza en la materia y se prevé la legalización de la eutanasia.

Mientras que en 1984, Holanda es el primer país que legaliza la eutanasia por una decisión de la Corte Suprema. Para el año 2000 el parlamento holandés aprueba una ley que permite la eutanasia y el suicidio con asistencia médica.

Pero sólo dos países, Holanda y Bélgica, tienen una legislación que permite la eutanasia. El 28 de noviembre de 2000, el Parlamento de Holanda aprobó una ley que permite la eutanasia, el suicidio con asistencia médica y desde comienzos de 2002 tanto la eutanasia pasiva como la activa.

Dos años después, Bélgica despenalizó la eutanasia y es así que los enfermos que están en fase terminal pueden solicitar la eutanasia cumpliendo ciertos requisitos.

Contrario a lo anterior, en nuestro país, el artículo 312 del Código Penal Federal señala: "El que prestare auxilio o indujere a otro para que se suicide, será castigado con la pena de uno a cinco años de prisión; si se lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, la prisión será de cuatro a doce años y el Código Penal para el Distrito Federal penaliza la muerte asistida en los artículos 123, 127 y 142.

Por lo anteriormente expuesto se presenta la siguiente iniciativa de reformas a la Ley de Salud, el Código Penal y el Código Civil todos del Distrito Federal al tenor de la siguiente exposición de motivos:

Exposición de motivos

La Declaración Universal de los Derechos Humanos, promulgada en 1948 por la Organización de las Naciones Unidas, señala en su artículo tercero el derecho a la vida, aunque en el artículo quinto señala el derecho a no ser sometido a tortura ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes, lo que abre la posibilidad a la eutanasia.

De tal forma que cualquier persona tiene el derecho a vivir dignamente, a poder disfrutar cada momento, a caminar, hablar, ver, respirar, hablar, reproducirse, en resumen a disfrutar de la vida.

Por ello es inaceptable que cuando la calidad de vida de cualquier persona se deteriora como consecuencia de una enfermedad o por daños irreversibles que originen dolores insoportables, se pretenda alargar la vida, porque inevitablemente la muerte llegara en cualquier momento; por lo que solo se alarga el dolor de la familia y se produce la indiferencia de la sociedad.

Ante ello la eutanasia si puede ser un derecho; pero siempre llenando requisitos y bajo ciertas condiciones.

A pesar de los grandes avances científicos y que día con día se dan grandes pasos para erradicar enfermedades, aun existen males y que ocasionan que muchas personas mas allá de vivir, sobrevivan de manera dolorosa, es en este contexto que aquellos que se encuentran desahuciados suplican que se les deje morir con dignidad, para de esa forma terminar con su sufrimiento y el de sus seres queridos.

El principal derecho que tiene cualquier persona es el de la vida, pero el estar recluido en un hospital, con la certeza que será inevitable quizá salir solo muerto, donde la vida depende de aparatos para respirar de manera artificial, parecen razones suficientes para tener el derecho a tener una muerte digna y voluntaria.

Ese derecho que debemos tener todos para poder disponer de nuestra vida en situaciones especiales, por dignidad principalmente y de esta manera se respeta la humanidad y la libertad.

En defensa de la dignidad humana es que la eutanasia resulta una opción, porque es mas indigno prolongar la vida cuando se sabe de antemano que no hay remedio.

Los médicos no deben temer a la eutanasia, porque si bien su compromiso es para salvar vidas, que caso tendrá alargar una que al final será irremediable, que se extinga.

En este sentido el médico tal vez, alarga una vida porque no acepta que ha perdido la batalla y que inevitablemente su paciente morirá.

Por ello, cualquier persona puede expresar por medio de un testamento de vida su voluntad de lo que se debe hacer en caso de padecer una enfermedad Terminal o muerte cerebral. Situación que en la presente propuesta se considera en la reforma que se propone al Código Civil y a la Ley de Salud ambas del Distrito Federal.

El propio Secretario de Salud, Doctor Julio Frenk, ha señalado “que es un derecho de las personas rehusarse, cuando están en uso pleno ejercicio de sus facultades, a seguir medidas heroicas que prolonguen la vida. “Por eso es importante el testamento en vida, para que una persona pueda expresar su voluntad de no recibir medidas que prolonguen su existencia más allá el curso natural de la enfermedad”.

Por lo que resulta necesario que los legisladores no nos cerremos ante la realidad, ante la necesidad de miles de personas que sufren, sin olvidar que es necesario que exista un órgano que sea el que autorice llevar a cabo la muerte asistida, conformada por autoridades, apoyadas con médicos, abogados y psicólogos con el fin de que sea una comisión de ética.

De igual manera siempre se debe considerar que la prolongación inútil de la agonía de una persona, solo causa dolor a la familia y hasta costos económicos, en muchos casos difíciles de sufragar, más para familias de escasos recursos.

Es una realidad que en ocasiones la práctica de la medicina se deshumaniza, como resultado de un mundo globalizado, donde impera el capital por encima de la propia vida.

Aun así, nuestras leyes han procurado flexibilizarse ante situaciones tan delicadas como lo es la muerte, es así que La Ley General de Salud, sin ser explícita en el tema de la eutanasia si considera la posibilidad de llevar a cabo acciones que permitan que a un paciente no se le extienda la vida, cuando no existe posibilidad de cura.

En este sentido en las fracciones VIII y IX del Artículo 77 bis de la Ley General de Salud se señala que los beneficiarios del Sistema de Protección Social en Salud tendrán derecho a decidir libremente sobre su atención y otorgar o no su consentimiento válidamente informado y a rechazar tratamientos o procedimientos.

Además de que el artículo 345 de la misma ley, dice textualmente: “No existirá impedimento alguno para que la 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 prescindirá 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”.

Es preciso señalar que el artículo 343 de la Ley General de Salud dice: “Para efectos de este Título, la pérdida de la vida ocurre cuando:

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

Mientras que el artículo 344 señala que: “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
- 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.

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

A su vez la fracción II del artículo 16 Bis 3 de la Ley de Salud para el Distrito Federal, señala que “el usuario tendrá una atención terminal humanitaria y a recibir toda la ayuda disponible para morir lo más digna y aliviadamente posible”.

Por lo que se hace evidente que la legislación federal en materia de salud permite la interrupción de la vida, siempre y cuando se llenen los requisitos citados y por su parte la local abre de igual manera la posibilidad para que el paciente acceda a una muerte digna.

Ante ello es que la presente iniciativa pretende fortalecer la integridad humana y los elementos legales que permitan a quien lo desee acceder a una muerte digna.

Es así que se propone la reforma el artículo 123 para que al que prive de la vida a otro se le imponga de 8 a 20 años de prisión **salvo lo establecido en el artículo 127 segundo párrafo de este código.**

El artículo 127 deberá decir que 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 pareciere una enfermedad incurable en fase terminal, se le impondrá prisión de 2 a 5 años de prisión.

En los casos a que se refiere el párrafo anterior, la conducta no será punible cuando la persona haya suscrito un Testamento de Vida o se haya hecho una Petición de Misericordia y que lo expresado en estos documentos haya sido aprobado por la Comisión de Ética y aplicado por el médico designado por dicha Comisión.

Con la reforma al artículo 142 se prevé que el que ayude a otro para que se prive de la vida, se le impondrá prisión de 1 a 5 años si el suicidio se consuma. Si el agente prestare el auxilio hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, la pena aplicable será de 4 a 10 años de prisión, **a excepción de lo establecido en el segundo párrafo del artículo 127 de este código.**

En el caso de la Ley de Salud se implementa, primero, el **Testamento de Vida que es el documento jurídico por el cual de manera libre y voluntaria una persona enferma, en estado terminal o física y mentalmente capaz expresa su voluntad para que en caso de enfermedad o accidente, y que su mal estado de salud sea irreversible, doloroso y mortal se le concedan los medios necesarios para interrumpir su vida.**

Asimismo en ese mismo documento podrá suscribir, si así lo desea, el donar o no su cuerpo u órganos a favor de cualquier persona o institución de salud

Segundo, la creación de una figura jurídica considerada como **“Petición de Misericordia” que es la solicitud hecha por un familiar, para que se termine con la vida de un paciente y se realizara solamente cuando no se haya suscrito un Testamento de vida.**

En esta misma propuesta también se considera que para el caso de personas que se encuentren en estado Terminal o muerte cerebral que no cuenten con algún familiar o conocido que sea responsable de ellos, y haya transcurrido 5 años desde su internación, la Comisión de Ética podrá realizar una petición de Misericordia, de acuerdo a lo establecido en la presente ley

Tercero: también se crea **la Comisión de Ética**, que será el órgano interdisciplinario dependiente de la Secretaría de Salud, que determinará autorizar o negar lo establecido en un Testamento de Vida o Petición de Misericordia, **es decir, que tomará la determinación de permitirle al paciente la muerte asistida.**

La Comisión de Ética se integrara **por el Secretario de Salud del Distrito Federal, que a su vez la presidirá, por un representante de la Procuraduría de Justicia del Distrito Federal; un representante de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal; un representante del Colegio de Notarios; un jurista designado por el Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal, un medico especializado en la materia, un especialista en Bioética y un psicólogo designados por la Secretaria de Salud del Distrito Federal.**

La Comisión **deberá recibir y analizar el Testamento de Vida**, certificado este ante un Notario Publico con los requisitos establecidos en el Código Civil del Distrito Federal. Y verificará que la solicitud sea acompañada de un dictamen, de un médico especializado y la firma de dos testigos.

Solicitará **y analizará el dictamen medico del paciente** y la opinión por escrito del medico encargado de la situación futura del mismo y comprobará que el dolor del paciente sea insoportable e inútil, su muerte sea irremediable o que de prolongarse la vida esta será en estado vegetativo e irreversible.

Es decir, **la Comisión de ética solo aprobará o desechará la voluntad del paciente expresada en el Testamento de Vida** en un plazo no mayor a 90 días a partir de que se haya hecho la solicitud.

Si alguno de los médicos se negase a cumplir la voluntad del paciente esa comisión designará a otro médico que cumpla con lo dictaminado.

Cuando un paciente este en etapa terminal o con muerte cerebral, algún familiar podrá hacer valer el derecho denominado “Petición de Misericordia”, que es la solicitud hecha por los familiares ante la comisión cuando este no haya suscrito un Testamento de Vida, para que se dictamine a favor o en contra la petición.

En el caso de las reformas al Código Penal para el Distrito Federal solo establecerá que la privación de la vida no será punible cuando **la persona haya suscrito un Testamento de Vida o se haya hecho una Petición de Misericordia y que lo expresado en estos documentos haya sido aprobado por la Comisión de Ética y aplicado por el medico designado por dicha Comisión.**

De igual manera se reforma el Código Civil del Distrito Federal para crear el denominado "Testamento de vida".

Por lo expuesto y con los fundamentos mencionados, presento al Pleno de esta Honorable Asamblea Legislativa del Distrito Federal el siguiente proyecto de decreto de iniciativa de reforma y adiciones al Código Penal, a la Ley de Salud y al Código Civil todas del Distrito Federal:

DECRETO

ARTÍCULO PRIMERO: Se reforman los artículos 123 y 142 y se adiciona un segundo párrafo al artículo 127 del Código Penal para el Distrito Federal para quedar como sigue:

Artículo 123.- Al que prive de la vida a otro se le impondrá de 8 a 20 años de prisión **salvo lo establecido en el artículo 127 segundo párrafo de este código.**

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 pareciere una enfermedad incurable en fase terminal, se le impondrá prisión de 2 a 5 años de prisión.

En los casos a que se refiere el párrafo anterior, la conducta no será punible cuando la persona haya suscrito un Testamento de Vida o se haya hecho una Petición de Misericordia y que lo expresado en estos documentos haya sido aprobado por la Comisión de Ética y aplicado por el medico designado por dicha Comisión.

Artículo 142.- Al que ayude a otro para que se prive de la vida, se le impondrá prisión de 1 a 5 años si el suicidio se consuma. Si el agente prestare el auxilio hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, la pena aplicable será de 4 a 10 años de prisión, **a excepción de lo establecido en el segundo párrafo del artículo 127 de este código.**

TRANSITORIOS

Primero: esta Asamblea Legislativa del Distrito Federal considerando que es un asunto de suma importancia e impacto en la vida de los capitalinos, deberá contemplar la realización de un referéndum para que los ciudadanos del Distrito Federal expresen su opinión y su voluntad quede plasmada en la redacción del dictamen y sean ellos quienes decidan la aprobación o rechazo de esta propuesta.

Segundo: Publíquese en la Gaceta Oficial del Distrito Federal y en el Diario Oficial de la Federación para su mayor difusión.

Tercero: El presente decreto entrará en vigor el día siguiente de su publicación en la Gaceta Oficial del Distrito Federal.

ARTÍCULO SEGUNDO: Se adicionan las fracciones X, XI y XII del artículo 2, los artículos 15 bis, 15 ter, 15 quater, 15 quintus, 15 sextus, la fracción III del artículo 16 bis 1, la fracción III del artículo 16 bis 3 y el artículo 16 bis 8 de la Ley de Salud para el Distrito Federal, para quedar como sigue:

Artículo 2°. Para los efectos de esta ley se entiende por:

I a IX.....

X. Testamento de Vida. Es el documento jurídico por el cual de manera libre y voluntaria una persona enferma, en estado terminal o física y mentalmente capaz expresa su voluntad para que en caso de enfermedad o accidente, y que su mal estado de salud sea irreversible, doloroso y mortal se le concedan los medios necesarios para interrumpir su vida a través del médico designado por la comisión de ética.

En el Testamento de Vida podrá suscribir, si así lo desea, el donar o no su cuerpo u órganos a favor de cualquier persona o institución de salud.

XI. Petición de Misericordia; Es la Solicitud que hace uno o varios de los familiares de un paciente que se encuentra en fase terminal o con muerte cerebral y se realizara solamente cuando no se haya suscrito el Testamento de vida correspondiente.

XII. Comisión de Ética, es el órgano interdisciplinario que depende de la Secretaría de Salud, que tomara la determinación de autorizar lo establecido en un Testamento de Vida o una Petición de Misericordia, siempre y cuando se haya cumplido con los requisitos establecidos en la presente ley.

Artículo 15 bis.- La Comisión de Ética estará presidida por el Secretario de Salud del Distrito Federal y estará integrada por:

- a) Un representante de la Procuraduría de Justicia del Distrito Federal;
- b) Un Representante de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal;
- c) Un Representante del Colegio de Notarios;
- d) Un medico especializado en la materia, designado por la Secretaria
- e) Un especialista en Bioetica, designado por la Secretaria
- f) Un psicólogo, designado por la Secretaria; y
- g) Un jurista, designado por el Tribunal Superior de Justicia del Distrito Federal.

Artículo 15 ter.- En cuanto al Testamento de Vida, la Comisión de Ética realizara las siguientes funciones:

I.- Recibir y analizar la solicitud y el Testamento de Vida, certificado ante un Notario Publico que presente cualquier paciente o su representante y que llene los requisitos establecidos por el Código Civil del Distrito Federal.

II. Verificar que la solicitud sea firmada por el solicitante y dos testigos mayores de 18 años y acompañada de un dictamen médico.

III. Solicitar y analizar la opinión por escrito del medico encargado sobre la situación futura del paciente y pedir la opinión de otro médico especialista.

IV. Verificar que aun tomando las previsiones medicas y humanitarias disponibles, el dolor del paciente sea insoportable e inútil o que exista muerte cerebral.

V. Aprobar la voluntad expresada en el Testamento de Vida que cumpla con los requisitos o en su caso rechazarla, resolución que deberá ser por mayoría de votos, en un plazo no mayor a 90 días a partir de que se haya hecho la solicitud.

VI. Informar al solicitante o representante por escrito el sentido de la resolución, además de entregar una copia simple de la misma a las autoridades del centro de salud donde se atiende al paciente y a su medico.

VII. De ser aprobada la solicitud deberá:

- a) Entregar además a las autoridades del centro de salud donde se atiende al paciente y a su médico la autorización por escrito para que este a su vez lleve a cabo la voluntad expresada por el paciente de interrumpir su vida;
- b) Acordar con el representante del paciente el tiempo y la manera en que se interrumpirá la vida de su representado;
- c) Tomar las providencias sanitarias, médicas y legales para interrumpir la vida del solicitante;
- d) En caso de negarse el médico que atiende al paciente, que de manera voluntaria solicite poner fin a su vida, a cumplir este deseo, designar al médico certificado no objetor que cumplirá con la voluntad del solicitante;
- e) Informar al representante y al centro de salud donde se atiende al paciente el nombre del nuevo médico designado.
- f) Designar al paciente o la institución de salud que recibirá el cuerpo o los órganos donados por el paciente.

La resolución tomada por la Comisión de Ética en el sentido que sea, será irrevocable.

Artículo 15 Quater.- En caso de que un paciente se encuentre en fase terminal o con muerte cerebral y no haya suscrito un Testamento de Vida, se podrá hacer la solicitud de "Petición de Misericordia" ante la Comisión de Ética.

La Petición de Misericordia deberá reunir los siguientes requisitos:

I. La solicitud podrá realizarse por las personas que a continuación se enlistan y conforme al orden siguiente:

- a) El o la cónyuge; o
- b) El concubinario o la concubina; o
- c) Los descendientes; o
- d) Los ascendientes; o
- e) Los hermanos, o
- f) El adoptado o el adoptante; o
- g) El Conviviente.

II. La solicitud se hará por escrito, firmada por el solicitante y dos testigos que sean familiares del paciente y en ella se establecerá si se dona o no el cuerpo u los órganos del mismo a favor de cualquier persona o institución de salud;

III. Tanto el paciente, como el solicitante y los testigos deben ser mayores de 18 años;

IV. En la solicitud se explicará las razones por las que se realiza la petición; y

V. Se anexará el historial médico del paciente, además de la opinión escrita sobre su situación futura por parte del médico encargado de su atención.

Artículo 15 Quintus.- Con respecto a la Petición de Misericordia la Comisión de Ética tendrá las siguientes funciones:

I. Recibir la Solicitud, revisarla y analizar el dictamen médico del paciente, tomando en consideración la opinión por escrito del médico encargado;

II. Verificar que aun tomando las previsiones médicas y humanitarias disponibles, la pérdida de la vida sea irremediable o que existe muerte cerebral;

III. Resolver en un plazo no mayor de 90 días sobre dicha solicitud.

Para el caso de la solicitud de Petición de Misericordia, se aplicará lo establecido en las fracciones VI y VII del artículo 15 ter de la presente ley.

La resolución tomada por la Comisión de Ética en cuanto a la Petición de Misericordia, en el sentido que esta sea, será irrevocable.

Artículo 15 sextus.- Para el caso de personas que se encuentren en estado Terminal o muerte cerebral que no cuenten con algún familiar que sea responsable de ellos, y haya transcurrido 5 años desde su internación, la Comisión de Ética podrá realizar una petición de Misericordia, de acuerdo a lo establecido en la presente ley.

Artículo 16 bis 1. El Usuario podrá:

I a II.....

III. Suscribir un Testamento de Vida siempre y cuando se encuentre en pleno uso de sus facultades mentales.

IV. A través de su Testamento de Vida, donar su cuerpo u órganos, siempre y cuando se cumpla con lo establecido con la Ley General de Salud.

Artículo 16 bis 3. El usuario tendrá:

I a II.....

III. El derecho en todo momento a suscribir un Testamento de Vida y solicitar por propia persona o través del legatario designado en el testamento que sea aprobada su voluntad por la Comisión de Ética.

Artículo 16 Bis 8.- Los prestadores de los servicios de salud a quienes corresponda interrumpir la vida de un paciente, de acuerdo a lo establecido por el inciso a), fracción VII del artículo 15 ter de la presente ley y cuyas creencias religiosas o convicciones personales sean contrarias a tal interrupción, podrán excusarse de intervenir, para lo cual se aplicará lo establecido en el inciso d) de la fracción VII del artículo 15 ter de la presente ley.

TRANSITORIOS

Primero: Publíquese en la Gaceta Oficial del Distrito Federal y en el Diario Oficial de la Federación para su mayor difusión.

Segundo: El presente decreto entrará en vigor el día siguiente de su publicación en la Gaceta Oficial del Distrito Federal.

ARTÍCULO TERCERO. Se reforman las fracciones III y IV del artículo 1501, se adicionan la fracción V del artículo 1501, el Capítulo IX del título tercero, libro tercero y los artículos 1598 bis, 1598 ter, 1598, quater, 1598 quintus y 1598 sextus del Código Civil para el Distrito Federal para quedar de la siguiente manera:

Artículo 1501.- El especial puede ser:

I. Privado;

II. Militar;

III. Marítimo,

IV. Hecho en país extranjero, y

V. De Vida

**Libro Tercero
Las Sucesiones
Título Tercero
De la Forma de los Testamentos**

Capítulo I a VIII.....

**Capítulo IX
Del Testamento de Vida**

Artículo 1598 Bis. El testamento de vida, es el documento jurídico revocable, mediante el cual, una persona mayor de 18 años, manifiesta de manera libre y voluntaria, la actuación médica que se deba tener, en caso de encontrarse en una situación de salud que le impida expresar su voluntad. Asimismo podrá suscribir, si así lo desea, el donar o no su cuerpo u órganos a favor de cualquier persona o institución de salud.

En el testamento de vida la persona que lo firma, designará a un legatario para que en caso de no poder expresar por sí mismo su voluntad, la sustituya en los términos del artículo 1392 de este código.

No podrá ser legatario quien haya firmado como testigo en la formación del Testamento de Vida,

El testamento de vida podrá ser revocado, solo por la persona que lo solicitó y firmó ante Notario Público, siempre y cuando sea de manera libre y voluntaria.

Artículo 1598 ter. El testamento de vida podrá realizarlo cualquier persona que lo desee de manera libre y voluntaria y se formalizará ante Notario Público.

Artículo 1598 quater.- Para su validez el Testamento de Vida, deberá cumplir con los siguientes requisitos:

- I. Haberse realizado ante Notario Público;
- II. Estar Firmado por el solicitante, el Notario Público y dos testigos y;
- III. Los testigos deberán ser mayores de edad y podrán ser:

- a) El o la cónyuge; o
- b) El concubinario o la concubina; o
- c) Los descendientes; o
- d) Los ascendientes; o
- e) Los hermanos, o
- f) El adoptado o el adoptante, o
- g) El conviviente.

Artículo 1598 quintus.- El paciente o su legatario podrá presentar ante el Comité de Ética, el Testamento de Vida, junto con una solicitud firmada por cualquiera de los dos, para que se evalúe la voluntad expresada y de ser aprobada, llevarse a cabo.

Artículo 1598 sextus.- El Testamento de Vida, deberá incorporarse al historial médico del paciente, para lo cual este o su representante lo entregaran en el centro de salud donde se le atiende.

TRANSITORIOS

Primero: Publíquese en la Gaceta Oficial del Distrito Federal y en el Diario Oficial de la Federación para su mayor difusión.

Segundo: El presente decreto entrará en vigor el día siguiente de su publicación en la Gaceta Oficial del Distrito Federal.

ATENTAMENTE
Diputado Armando Tonatiuh Gonzáles Cace.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez Asunción. *Práctica y Ética de la eutanasia* FCE. México 2005.
- Andersen J, Kerby., *Respuestas a los Dilemas Morales de Hoy*, ediciones las Américas, México 2003.
- Aranguren J. *La Moral y Sociedad. La moral española en el siglo XIX*, España, 1985.
- Arce. D. *Montana Supreme Court rules physician assisted suicide not banned by state law*. Juriste Legal News & Research, Pittsburg January 01, 2010.
- Barrio, J.M. *Los límites de la libertad. Su compromiso con la realidad*, Madrid. 1999.
- Baudouin, Jean-Louis. Blondeau, Danielle. *La ética ante la muerte y el derecho a morir* ed. Herder. Barcelona, 1995.
- Beck, Ulrich. *La sociedad del riesgo*, ed. Paidós Ibérica, Barcelona 2006.
- Behar, Daniel *Cuando la vida ya no es vida ¿Eutanasia?* ed. Pax, México D.F. 2007.
- Buiting, H, J.J.M, Van Delden, B.Onwuteaka Philipsen, J. Rietjens. *Reporting of euthanasia and physician-assisted suicide in the Netherlands: descriptive study. BMC Medical Ethics*, Londres 2009.
- Burnell G. *Vivir o morir en la era de la tecnología médica*, ed. Científica Interamericana, Buenos Aires 1994.
- Cano Valle, *Eutanasia: Aspectos Jurídicos, Filosóficos, Médicos y Religiosos* UNAM, México 2001.
- Comisión Nacional de Bioética, Debate Bioético. Avances científicos y tecnológicos" México D.F. Año 1, num. 2, Julio/Septiembre 2007.
- Diccionario de la Lengua Española*. 21ª edición ed. Espasa Calpe. Madrid, 1992.
- Diamond, Jared, *Colapso: por que unas sociedades perduran y otras desaparecen* ediciones De bolsillo, México DF. 2007.
- Durkheim Émile, *El suicidio* Ediciones Coyoacán México 2004.
- Dworkin, R. *El dominio de la vida. Una discusión acerca del aborto, la eutanasia y la libertad individual* ed. Ariel. Barcelona, 1993.

Dworkin, Gerald, G. Frey, R. y Bok Sissela, *La Eutanasia y el auxilio medico al suicidio*, Cambridge University Press 2000.

Dyer, C. *Washington follows Oregon to legalize physician assisted suicide*, BMJ Londres 2008.

Elías Norbert. *La soledad de los moribundos* ed. FCE, México D. F. 1987.

Elías Norbert, *El proceso de civilización (investigaciones socio genéticas y psicogenéticas)* FCE, Mexico D. F.1987.

Englehardt, H.T. *Los fundamentos de la Bioética*. Editorial Paídos. Barcelona 1995.

Emanuel EJ. *La historia de los debates de la Eutanasia en EUA e Inglaterra*.2004.

Farrell, M.D., *La ética del aborto y la eutanasia*. Editorial Abeledo-Perrot. Buenos Aires, 1985.

Ferrater Mora José. *Diccionario de Filosofía*. ed. Sudamericana, Buenos Aires Argentina. 2002.

Ferrer, J.J., Alvarez, J. C., *Para fundamentar la bioética. Teorías y Paradigmas Teóricos en la Bioética Contemporánea*, Universidad Pontificia Comillas, España 2003.

Flecha Andrés, JR. *Eutanasia y muerte digna. Propuestas legales y otros juicios éticos*. Salamanca ed. Universidad de Salamanca, vol 45, Nº 124 enero-junio 1988.

Fletcher, J. *Ethics and euthanasia*, en *American Journal of Nursing*. Tomo LXXIII. New York, 1973.

Gafo, Javier. *La eutanasia*. Editorial Católica S.A. Madrid, 1984.

García Colorado, Gabriel, Perusquia, Ma. De Lourdes y García Ituarte, Mariana. *Bioética y muerte: aspectos sociales y éticos*, ed. Trillas, México D.F. 2008.

Garza, *Bioética. La Toma de Decisiones en Situaciones Difíciles*. Trillas 1ª ed. México 2000.

Gispert. Jorge *Conceptos de Bioética y Responsabilidad Médica*, JGH Editores, 1ª ed. México 2000.

González, Juliana *¿Qué ética para la bioética?* ed. FCE México 2008.

Gracia Diego, La Bioética, una nueva disciplina académica. Rev. JANO 26, junio-Julio, Vol. XXXIII, N. 781, Madrid 1987.

Gracia, D., *Fundamentación y Enseñanza de la Bioética*, ed. El búho 2ª ed. Colombia 2000.

Hennezel Marie. *La Tentación de la Eutanasia*, ed. Nueva Imagen, México 2001.

Hernández, J. L., *Bioética General*, Manual Moderno, 2ª Reimpresión México 2003.

Hobsbawn, Eric, Historia del siglo XX. Editorial Crítica, Barcelona 2004.

Hume David, *Sobre el suicidio y otros ensayos*, Alianza, Madrid, 1986.

Hume, David. *Del suicidio de la inmortalidad del alma*, Ed. Océano, México, 2002.

Humpry, D., Wickett, A., *El Derecho a Morir. Comprender la eutanasia*. Fábula Tusquets Editores, 1ª. ed. Barcelona 2005.

Hurst, S, .Mauron, A, Assisted suicide and euthanasia in Switzerland: allowing a role for non-physicians. BMJ, Londres 2003.

Jaramillo Antillón Juan historia y filosofía de la medicina Universidad de Costa Rica, Costa Rica 2004.

Kant, La metafísica de las costumbres, Trad. A. Cortina y J. Conil, Madrid, Ed. Tecnos, 1989.

Kant, I. *Fundamentación de la Metafísica de las Costumbres*. Editorial Porrúa. México D.F.1996.

Kevorkian, Jack, *Prescription medicine: The goodness of planned Death*, ed. Prometheus Books Buffalo, NY 1991.

Kimsma, G., Ciesielski-Carlucci, C. (Eds). *Asking to Die. Inside the Dutch Debate about Euthanasia*. Dordrecht, Kluwer Academic Publishers, 1998.

Kraus Arnoldo y Álvarez Asunción. *La Eutanasia*. ed. Tercer Milenio. México D.F. 1999.

Lavi, Shai, *The modern art of dying*. Princeton University Press, New Jersey 2005.

Locke, J., *Ensayo sobre el gobierno civil*, Trad. Esp. A cargo de A. Lázaro Ros, ed. Aguilar Madrid 1969.

- Méndez Baiges, Víctor, *Sobre morir: eutanasias, derechos, razones.*, Ed. Trotta, Madrid 2002.
- Moro, Tomas. *Utopía*. Ed. Zero. Madrid, 1971.
- Nietzsche, Fredrich *Crepúsculo de los ídolos o como se filosofa con un martillo*. Ed. Alianza, Madrid 1993.
- Ollero, A., *Derecho a la vida y derecho a la muerte*, ed. Rialp, Madrid 1994.
- Ortega I., *Eutanasia: Ética y Ley frente a frente*, Universidad Pontificia de la Santa Cruz, Roma 1996.
- Manuel Ossorio Diccionario de ciencias jurídicas, políticas y sociales. Guatemala, ed. Heliasta, Buenos Aires 1999.
- Polaino, A., *Manual de Bioética General*, Ediciones Ralph, Madrid 1994.
- Platón. *La República o el Estado*. Editorial Espasa-Calpe. Madrid, 1982.
- Quintana Octavio. *Por una muerte sin lagrimas*, Flor del viento ediciones, España, 1997.
- Ramón, *Cartas desde el infierno*, 10ª, Barcelona, ed. Planeta 2005.
- Recuero, Juan Ramón. *La Eutanasia en la encrucijada*. ed. Biblioteca Nueva, Madrid, 2004.
- Rodríguez, M. *La Controversia de las Eutanasias. El fondo oculto del debate*. Botas y Alfonso Editores, 1ª ed., México 2004.
- Romañach, Javier, *Los errores sutiles del caso Sampedro*, Revista Cuenta y razón del pensamiento actual n. 135, Madrid 2004.
- Roxin, Claus. Eutanasia y Suicidio. Cuestiones dogmáticas y de política criminal. Editorial Comares. Madrid, 2001.
- Sánchez, F. *La eutanasia*. Giro Editores Ltda. Santafé de Bogotá, 1997.
- Sánchez Jiménez, Enrique. *La Eutanasia ante la moral y el derecho*, Universidad de Sevilla Secretariado de Publicaciones, Sevilla 1999.
- Serrano Ruiz- Calderón, José Miguel, *La Eutanasia*, Ediciones Internacionales Universitarias Madrid.2007.
- Sgreccia, E., *Manual de Bioética*, Instituto de Humanismo en Ciencias de la Salud, ed. Diana, México 2003.
- Singer Peter, *Repensar la vida y la muerte. El derrumbe de nuestra ética tradicional*, ed. Paidós, Barcelona 1997.

Singer Peter. *Bioética*, ed. Paidós, 2004.

Stuart, M. J., *Sobre la Libertad, El utilitarismo*, Ediciones Orbis S.A. Buenos Aires 1971.

The Oxford English Dictionary 2nd edition, ed. Oxford University Press 2009.

Vega, J., Martínez, P., *Enfermo Terminal y Eutanasia desde el punto de vista del personal sanitario*, Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Valladolid 1991.

HEMEROGRAFÍA

Kraus, A, *Eutanasia en Holanda: la polémica*”; Diario la jornada, México, D.F.25 de abril 2001.

Valadés Diego. *Convicciones de tipo religioso frenan la decisión de morir*. EL UNIVERSAL 07 /03 /08.

DOCUMENTOS EXTRAÍDOS DE INTERNET

A)<http://www.cronica.com.mx/nota.php?idc=235717> (17 de octubre del 2009)

B)http://www.diarioc.com.ar/inf_general/En_Belgica_entro_en_vigencia_hoy_la_ley_para_la-muerte_dulce/7618 (21 de noviembre del 2009).

C)http://www.diarioc.com.ar/inf_general/En_Belgica_entro_en_vigencia_hoy_la_ley_para_la-muerte_dulce/7618 (4 de noviembre del 2009).

D) <http://www.jurivie.org/QOL> (belga) (8 de noviembre del 2009).

E) www.hemlock.org (25 de octubre del 2009).

F) <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/e13b/index.html> (5 de diciembre del 2009).

G)<http://www.eumed.net/libros/2007c/329/Dossier%20de%20Karl%20Bindin%20y%20Alfred%20Hoche%20documentacion.htm> (23 de noviembre del 2009).

H) T. Quill, *Death and dignity. Making choices and talking charge*, Nueva York/Londres, Norton & Company, 1994, p. 158. en Álvarez, Asunción Ibíd. p. 40 (23 de noviembre del 2009).