



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

**El neoliberalismo en la mercantilización de la
muerte: El caso del suicidio asistido en Suiza
(1998-2017)**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

Licenciada en Relaciones Internacionales

P R E S E N T A:

Ruth Abigail González Vázquez



**DIRECTORA DE TESIS:
Mtra. Selene Romero Gutiérrez**

Ciudad Universitaria, Cd. Mx., 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

Esto es para y por ustedes.

Mi Mamá Coco, por todo, por tantos años de amor y enseñanzas, por demostrar la importancia del apoyo familiar y por nunca dejarnos a la deriva, por ser la luz de mi camino, y por dejarme la lección más importante de la vida y ser un ejemplo a seguir.

Mi madre, Rebeca, por su incondicional apoyo y amor, por siempre motivarme, cuidarme y enseñarme a nunca rendirme, por las incontables caricias, besos y abrazos brindados, por alimentar mi alma.

Mi abuelo, Emilio, por sus incontables muestras de cariño más allá de las palabras, por la dureza y sinceridad que siempre es necesaria, por la serenidad, los oídos y consejos en momentos difíciles, por la confianza.

Mi papá, Enrique, por los años de juegos, por la libertad y la confianza, la calma y la prudencia ante situaciones adversas.

A mis tíos, Miguel y Martín, por los chistes, por las comidas de los domingos en familia, por preocuparse y por cuidarme, por las lecciones de vida, por las anécdotas, y por la unión.

A Alfredo, por cambiar mi vida, por la bondad, la nobleza y el cariño. Por el impulso a ser mejor persona cada día y por resaltar la empatía con las y los demás, deseando y haciendo el bien. Por el apoyo incondicional profesional y personal, por los viajes, por las caminatas, por las palabras, por amenizar una tarde tocando el piano, por todo lo que eres conmigo y por lo que soy cuando estoy contigo; a su familia por las largas y sinceras charlas.

A mis amigas y amigos, por tantos años de amistad y por siempre preocuparse y presionar para que este proyecto se llevara a cabo: Euri, Fer, Chenta y Reich, por todos los recuerdos, viajes, risas, lágrimas, consejos, regaños, discusiones, y por ser mis hermanas; a George y Luisfer, por darle ese sentido de ligereza a mi vida; a Mario, Alejandro, Omar e Ian, por ser mis cómplices, por el respeto brindado, por la incondicionalidad, por las bromas, los chistes, las canciones cantadas, las pláticas, la confianza, los consejos, el apoyo, por simplemente ser los mejores amigos que una mujer pueda tener; Eli, Yael, Adriana, Alan, Diana, Diego y Gerardo, por tantos juegos, por vernos crecer juntos, por las experiencias, las palabras, las Navidades, los cumpleaños, sobre todo, por la diversidad de ideas y personalidades, por el cariño y decepciones, por la enseñanza de vida y por significar *unidad*; Mau y Lalo, por los años, las sonrisas y los viajes planeados, por ser mi hogar en Oaxaca; Irving e Ingrid, por el reencuentro después de tantos años. A Brunito, por la compañía en las noches de desvelo haciendo mi tesis.

Al Lic. Cetina, por el liderazgo, los consejos y por permitir mi crecimiento personal y profesional.

A Selene, por confiar en este proyecto, por darme la atención y el seguimiento necesario para que esto pudiera concretarse, sobre todo por la resistencia y crítica, pensamiento y deconstrucción.

A mi Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, a mi Universidad Nacional Autónoma de México, por ser mi hogar y por motivarme a cuestionar y mirar críticamente al mundo, hacer del conocimiento una herramienta de justicia.

Al pueblo mexicano, por brindarme la oportunidad.

Por mi raza, hablará el espíritu.

**El neoliberalismo en la mercantilización de la muerte: El caso del suicidio
asistido en Suiza (1998-2017)**

Índice

Introducción	1
Capítulo 1- Conceptualización y categorización de la sociedad contemporánea, neoliberalismo y suicidio asistido.....	7
1.1. Fundamentos de la sociedad moderna: modernidad y modernización.	8
1.1.1 La modernidad como idea técnico-científica	9
1.1.2 Modernización como producto de la modernidad	13
1.2 Antecedentes y políticas del modelo socio-económico neoliberal.....	19
1.3 Las consecuencias del neoliberalismo en la sociedad contemporánea	32
1.4 Concepto y características del suicidio, eutanasia y suicidio asistido	52
1.4.1 Suicidio.....	52
1.4.2 Eutanasia.....	62
1.4.3 Suicidio (medicamente) asistido	68
Capítulo 2- Debate y contexto jurídico, ético y médico internacional.....	71
2.1 Situación internacional del suicidio asistido	73
2.1.1 Alemania.....	73
2.1.2 Bélgica	75
2.1.3 Canadá	78
2.1.4 Colombia.....	80
2.1.5 Estados Unidos.....	81
2.1.6 Francia.....	84
2.1.7 Holanda	85
2.1.8 Luxemburgo.....	87
2.1.9 México	87
2.1.10 Reino Unido.....	90
2.1.11 Suiza.....	91
2.2 Implicaciones éticas y morales.....	93
2.1.1 Perspectiva religiosa.....	94
2.1.2 Perspectiva bioética.....	100

2.3	Implicaciones jurídicas	106
2.3.1	Regulación por parte del Estado.....	106
2.3.2	Libertad del ser humano al suicidio asistido como Derecho Humano....	111
2.4	Cuestiones de Salud	117
2.4.1	Enfermedades terminales	118
2.4.2	Trastornos mentales	123
2.4.3	Cansancio de vida	129
Capítulo 3.	Suicidio asistido en Suiza (1998-2017)	134
3.1	Reconstrucción histórica del proceso de aceptación de la práctica del suicidio asistido en Suiza.....	134
3.2	Empresas privadas.....	141
3.2.1	Dignitas.....	141
3.2.2	Exit.....	151
3.3	¿Morir con dignidad como un nicho de mercado?	157
Conclusiones	165
Referencias	170

Introducción

En este trabajo de investigación se estudiará la mercantilización de la muerte, generada por la lógica del capitalismo neoliberal, a través del suicidio asistido en Suiza, ya que es el único país donde existe una total apertura por parte del gobierno para realizar esta práctica en empresas privadas a nacionales y extranjeros. La empresa Dignitas ha aprovechado la oportunidad para crear una red mercantil y hacer crecer su negocio.

La sociedad internacional ha nombrado este fenómeno como “turismo de la muerte”, y este proceso de mercantilización, a través de Dignitas, se estudiará desde 1998, año de su creación, y abarcará hasta la actualidad con el fin de visualizar su transformación a nivel gubernamental, social y empresarial.

Resulta necesario entender el desarrollo de la globalización neoliberal, lógica que lo ha ido acompañando, y en la que nos encontramos inmersos, a través de la implementación de un estilo de vida hegemónico permeado de factores consumistas e individualistas.

Sin embargo, para fines de esta investigación, la mercantilización de la muerte se genera a partir de la falta de regulación gubernamental y la consecuente creación de mercado por parte de empresas privadas, concibiendo así la perfecta relación oferta-demanda, y dadas las condiciones del neoliberalismo, la aceptación y reproducción del *status quo* de una clase privilegiada.

Esta aceptación resulta ser un efecto directo de la mercadotecnia que permea en la sociedad contemporánea. La publicidad basada en el consumismo, aunada a los estereotipos manejados, ha generado el aumento de la demanda para tener acceso a estas comodidades generando un patrón y forma de vida y de muerte, resultando ser un lujo.

El término "turista de la muerte" se refiere a una persona con deseo de morir, que padece una enfermedad terminal, trastorno mental, o cansancio de vida, y que paga por un servicio que es ofrecido por una organización en Suiza, convirtiéndose inmediatamente en cliente. La organización ofrece servicios como un paquete de viajes para su muerte, e incluso cobra por los posibles gastos e impuestos extras después de la muerte de la persona.

La modernidad ha convertido el miedo al sufrimiento en un negocio basado en el discurso de la dignidad humana y que no responde a una realidad socio-económica de acceso para todos. Entiéndase como una contradicción utilizar una sociedad de riesgos, específicamente a una enfermedad terminal, trastorno mental o vejez, en un objeto de consumo. Por un lado, está el derecho del individuo a morir dignamente a través del suicidio asistido y por el otro las empresas que los asisten convirtiéndolo en un nicho de mercado, y quienes lo costean reproduciendo el sistema.

En este sentido, resulta muy importante tomar en cuenta el desarrollo y auge de las enfermedades del siglo XXI y las cuáles han llevado a tener el mayor índice de personas demandantes del suicidio asistido, dentro de las cuáles podemos encontrar: cáncer, depresión y demencia.

Es necesario tomar en cuenta las consecuencias que ha sufrido la sociedad en torno al estilo de vida que llevamos y que el mismo contexto económico, político, social, ideológico, y cultural ha impuesto y encaminado a un sistema de mercantilización, deshumanización, consumismo y una interminable satisfacción de oferta/demanda que está visibilizándose en sectores sociales antes no imaginados como lo es el suicidio asistido.

Actualmente, la defensa y promoción de los derechos humanos es un tema de la agenda internacional y específicamente el debate del suicidio asistido es nuevo. Poder decidir sobre cómo y cuándo morir debería ser: en un primer momento, regulado y analizado para evitar el acaparamiento desmedido empresarial y, en segundo momento, asequible para quien cumpla con los lineamientos establecidos por el Estado.

No cabe duda que el suicidio asistido debe ser estudiado desde distintas perspectivas, es necesario tener un enfoque jurídico, económico, sociológico, bioético y psicológico. Por eso, el estudio multidisciplinario que Relaciones Internacionales nos brinda es sumamente importante. La comparación contextual con diferentes países abre la óptica para su estudio e impide que el análisis quede incompleto. En la sociedad actual diversos factores son determinantes en un fenómeno y efectivamente hay que tratar de estudiarlos todos, con el objetivo de tener un panorama más amplio del tema. Aunado a esto, como tema reciente, existe una fuerte omisión de estudio, es difícil

encontrar material de investigación o información sobre los debates que se han generado.

Finalmente, el estudio del caso de las consecuencias de la falta de regulación y la inevitable mercantilización del suicidio asistido es importante para México por el modelo a seguir que representa Europa. Al ser éste el primer defensor de derechos humanos y, en particular Suiza, generalmente se toma como un patrón a seguir. La realidad social resulta plenamente distinta y es importante tener siempre en el radar que, aunque la mayor parte de la población esté a favor de la muerte digna, y se estén planteando las bases en la Constitución de la Ciudad de México, es necesaria una correcta regulación y, sobre todo, poder garantizarla a cualquier estrato social de la población.

La hipótesis principal que guía la presente investigación es: la implantación de las políticas neoliberales en la sociedad contemporánea ha generado la deshumanización, individualización, consumismo masivo, enajenación y desesperación del individuo, proyectándose en la práctica del suicidio asistido y generando un nicho de mercado para la reproducción del *status quo* por empresas como Dignitas.

El objetivo general es discernir bajo un enfoque multidisciplinario las causas y consecuencias que tiene el fenómeno del suicidio asistido en la sociedad contemporánea, así como su uso con fines de lucro por empresas privadas en Suiza. La finalidad de esta investigación es dejar herramientas para el futuro estudio y comprender cómo ha ido evolucionando su regulación, las causas que han llevado a la gente a tomar este tipo de decisiones y sobre todo el contexto en el que estamos inmersos.

La investigación se realiza desde un análisis deductivo a partir de la premisa general de las consecuencias del neoliberalismo en la sociedad contemporánea para la práctica del suicidio asistido hasta llegar al caso específico de una empresa suiza llamada Dignitas.

La investigación documental será esencial para poder llevar a cabo exitosamente la investigación. Para el primer y segundo capítulo, serán utilizados documentos oficiales de organismos internacionales relacionados con las problemáticas abordadas

para la generación de tablas, facilitando la interpretación de los datos obtenidos. Asimismo, la bibliografía y hemerografía, además de la recolección de datos de páginas gubernamentales de los distintos países a abordar, servirán de herramientas para fortalecer la información. Finalmente, los análisis, noticias, y archivos generados por el gobierno suizo y las empresas suizas más importantes dedicadas al suicidio asistido, nos ayudarán a fundamentar nuestro tercer capítulo.

En el primer capítulo se desarrolla la descripción y conceptualización de la sociedad contemporánea. Se determinan los factores y la relación que existe entre el neoliberalismo y el suicidio asistido en la sociedad contemporánea. La modernización y las inherentes consecuencias sociales y económicas que las políticas neoliberales han llevado al lucro con el suicidio asistido y la aceptada reproducción del mercado, donde el objetivo es identificar la vinculación existente entre las políticas neoliberales y la práctica del suicidio asistido en la sociedad contemporánea.

Posteriormente, puntualizando y describiendo a la sociedad contemporánea se abre la brecha para poder analizar los antecedentes del modelo socio-económico neoliberal. Y entrar completamente a la descripción de sus políticas y las consecuencias en las esferas política, cultural, ideológica, económica y social que generan en el pensamiento, forma de vida y forma de actuar de la sociedad.

Para finalizar el primer capítulo y tener un mejor contexto y concepto sobre el suicidio asistido, se realizan las especificaciones del significado del suicidio y la diferencia que existe entre eutanasia y suicidio asistido. Evitando así, caer en errores conceptuales.

En el segundo capítulo se sistematiza las implicaciones jurídicas, éticas/morales y médicas que tiene la práctica del suicidio asistido en el actual contexto internacional. Esto debido a la existencia de regulación por parte del Estado, la gestación del debate bioético y religioso y el aumento de enfermedades físicas y psicológicas en la sociedad contemporánea. El objetivo es tipificar cuáles son las distintas implicaciones en los campos mencionados a nivel internacional.

En el primer apartado se describe la situación de la regulación y la aprobación del suicidio asistido en: Alemania, Bélgica, Canadá, Colombia, Estados Unidos de

América, Francia, Holanda, Luxemburgo, Reino Unido, Suiza y México. La elección de los países se basó en los países con más extranjeros solicitantes de una muerte asistida en Dignitas y aquellos países europeos y americanos que permiten la muerte digna, estos últimos como contrapeso a fin de realizar una comparación más completa.

En el segundo apartado se analizan las implicaciones jurídicas que tiene el suicidio asistido. Por un lado, se aborda la regulación por parte del Estado y por el otro, lado la libertad del ser humano de decidir sobre su muerte como derecho humano.

En el tercer apartado las implicaciones éticas y morales serán descritas y comparadas. Desde distintas perspectivas se construirá una descripción del debate en torno al suicidio asistido. La primera perspectiva es la religiosa, frente al debate bioético. Ya que, si el fin de la medicina, en general, es preservar la vida, es éticamente difícil, plantear la ayuda por parte de médicos para llevar a cabo o fomentar esta práctica. Finalmente se abordará el tema de la dignidad del ser humano, en donde se explica la base de este término en la sociedad contemporánea.

Para concluir el segundo capítulo, en el último apartado se aborda el tema de la salud, específicamente las razones que llevan a la gente a tomar la decisión de terminar con su vida por la vía del suicidio asistido. Se realiza un estudio sobre las enfermedades psiquiátricas y psicológicas que, científicamente tienen más índice de suicidios, además las enfermedades terminales y algunas de las causas de las mismas, las cuales van ligadas al tipo de vida actual. Y, finalmente, se aborda el tema del cansancio de vida, desde la vejez y, también, como hartazgo inconsciente de los patrones sociales establecidos.

En el tercer capítulo se expone la reconstrucción histórica del proceso de aceptación de la práctica del suicidio asistido en Suiza y qué actores han participado en ella, la hipótesis es que en el proceso de aceptación de la práctica del suicidio asistido en Suiza han participado actores como la sociedad civil, el gobierno y empresas privadas que han desvirtuado el objetivo principal de éste y lo han llevado a la plena mercantilización de la muerte. El objetivo es asociar la participación de diversos actores, como la sociedad civil, el gobierno y las empresas privadas en la construcción histórica del proceso de aceptación de la práctica del suicidio asistido en Suiza.

En el primer punto se realiza un recuento histórico a través de una línea del tiempo, de 1998 a 2017, resaltando las principales modificaciones y debates en torno a la muerte digna en Suiza.

En el segundo apartado se hablará sobre las empresas privadas, Dignitas y Exit, que aprovechando la apertura por parte del gobierno suizo, han logrado establecerse y crear un fuerte nicho de mercado alrededor de esta práctica.

Finalmente, en el tercer y último apartado, se utilizarán los enfoques de la biopolítica y de la necropolítica como paradigmas de referencia, aterrizando en la mercantilización del cuerpo, de la vida y de la muerte a través de las empresas que ofrecen el suicidio asistido a un precio inasequible para la mayoría de la población.

Capítulo 1- Conceptualización y categorización de la sociedad contemporánea, neoliberalismo y suicidio asistido.

No podemos hablar del suicidio asistido sin antes sentar las bases de la sociedad moderna occidental y del impacto del capitalismo en su etapa neoliberal en diferentes esferas como la económica, política, epistemológica, social y cultural.

La modernidad occidental, a través del proceso de modernización que trastoca todos los ámbitos, crea una serie de valores, que sumados a las características del capitalismo neoliberal, exaltan la idea del progreso constante, del bienestar -entendido como hiperconsumo- y de la mercantilización del sistema y del propio ser humano.

Para entender las consecuencias del neoliberalismo en la sociedad contemporánea, como es el desempleo, la pérdida de legitimidad del Estado, el oligopolio empresarial, la problemática medioambiental, la vulnerabilidad social, y principalmente la hegemonía de la ideología del consumo, se realiza un recuento histórico para entender su evolución, el debate teórico por las reformas estructurales y el proceso de transformación de un capitalismo “estadocéntrico” a un capitalismo “mercado-céntrico”.

Finalmente, se precisa la diferencia teórica y práctica entre los conceptos de suicidio, eutanasia pasiva y activa, y suicidio asistido, que generalmente son confundidos entre sí, exponiendo el origen, desarrollo, causas y consecuencias de la problemática que representan social, económica y jurídicamente a nivel internacional.

1.1. Fundamentos de la sociedad moderna: modernidad y modernización.

No podemos comprender la sociedad europea occidental contemporánea sin antes conceptualizar las bases de la misma: la modernidad y los procesos de modernización. Ambos términos han sido acuñados al desarrollo epistemológico, económico, político, social, cultural, científico y tecnológico que se dio en Europa entre el siglo XVI y el siglo XVIII.

La modernidad ha tenido injerencia directa en la conformación del sujeto, así como en la construcción socio-estatal que distingue al actual orden mundial. El fundamento principal de ambas construcciones resulta ser la razón, la cual además ha servido como argumento para legitimar acciones de colonialidad y dominación en nombre de la verdad. La modernidad europea absorbe el concepto de razón y comienza a representar y a imponerse como un modelo a seguir, una finalidad y una forma de vida para todas aquéllas sociedades sometidas. Sin embargo, ésta es meramente identificable con sociedades occidentales, tomándose como categorías universales inferidas de valores pertenecientes a las mismas. Es así como existe legitimidad del dominio-colonial occidental.

Es importante resaltar que la modernidad no debe ser vista únicamente en la historia económica y social, sino en la historia de las ideas y conceptos que marcan una época y que responden a la autoconciencia del ser humano ante un momento determinado de ruptura con el pasado. Este conjunto de conceptos e ideas tienen la finalidad de enriquecer y organizar racionalmente la cotidianidad social conformando así la diferencia entre lo “occidental” y lo “otro”.

En el mismo sentido, dicha modernidad crea una serie de “valores” basados en la ideología del progreso, un creciente ritmo de cambio, extensión territorial, el bienestar por consumo, la racionalidad basada en la acumulación y, principalmente, la libertad del sujeto. Como consecuencia de este pensamiento, la búsqueda de satisfacción por parte del ser humano se basa en la producción/consumo constante, convirtiendo en necesarios los procesos de modernización referentes a la tecnología industrial y a la mercantilización.

Los procesos de modernización occidental se han identificado principalmente por la ruptura de comunidades, el aislamiento psíquico del individuo, el empobrecimiento

masivo y la polarización clasista en el último siglo. Dichos procesos no refieren únicamente a la industrialización de un país, sino también al desarrollo de un sistema económico, social, político y cultural que no solamente se basa en un cambio continuo, sino que también sea capaz de absorber cambios institucionales en todas las esferas que implican relación con el ser humano.

1.1.1 La modernidad como idea técnico-científica

Existen distintos debates en torno al concepto de modernidad los cuales han demostrado su complejidad y multidimensionalidad. Es en este sentido que su estudio debe abordarse desde distintas perspectivas para poder entenderla.

Jürgen Habermas plantea que el proyecto de implantación de la modernidad tuvo como acontecimientos históricos la Reforma, la Ilustración y la Revolución Francesa, lo cual significó: “una independización de la esfera de la cultura de fines sustantivos provistos por la religión [...]; al tiempo que su separación en tres ámbitos autónomos, regidos por sus propios fines inmanentes bajo el control de profesiones culturales especializadas: ciencia, moralidad y arte.”¹

Las explicaciones que antes brindaban los principales expositores de la religión comienzan a ser obsoletas e insuficientes para el dinamismo del pensamiento humano. Es por esta razón que se puede denominar como una independización de la religión, de los prejuicios y supersticiones, y de las costumbres tradicionales para dar pie al amplio conocimiento de la ciencia y el arte.

Otra perspectiva es la que nos brinda Anthony Giddens en su texto *Las consecuencias de la modernidad* en donde la noción de modernidad se refiere: “[...] a los modos de vida u organización social que surgieron en Europa desde alrededor del siglo XVII en adelante y cuya influencia, posteriormente, los han convertido en más o menos mundiales.”² Es importante destacar que refiere a la forma de vida y de organización social de Europa Occidental, la cual se va expandiendo e imponiendo a otras sociedades que no responden a la misma lógica.

¹ Jürgen Habermas, “Modernidad versus Posmodernidad”, en *Modernidad y posmodernidad*, Josep Picó (comp.), Alianza, Madrid, p. 88.

² Anthony Giddens, *Las consecuencias de la modernidad*, Alianza Universidad, Madrid, 1993, p. 13.

Con base en el pensamiento eurocéntrico en donde se toma la modernidad como: “[...] una emancipación, (una salida de la inmadurez) por un esfuerzo de la razón como proceso crítico, que abre a la humanidad a un nuevo desarrollo del ser humano. Este proceso se cumpliría en Europa, esencialmente en el siglo XVIII.”³ Autores como Marx, Durkheim y Weber se basan en el industrialismo, el capitalismo y la racionalización para la explicación y fundamentación de dicha emancipación. Sin embargo, la complejidad que representa la modernidad hace que estas visiones sean insuficientes por sí mismas, necesitan verse en un plano multidimensional.

Para Jorge Larraín, las características filosóficas principales de la modernidad, son: que sitúa al ser humano en el centro del mundo basado en la racionalización, aceleración del proceso de interconexión, surgimiento del Estado-nación y formas democráticas, la formación de la economía capitalista mundial, surgimiento de la industrialización, surgimiento de la división avanzada de trabajo, secularización y una educación universalizada controlada por los medios de comunicación.⁴

Todas las conceptualizaciones y características antes presentadas muestran que el punto de correspondencia se da precisamente en el uso de la razón. La razón como factor emancipador; aquella que permite una adaptación por medio del estado de derecho para lograr esta armonía entre el interés o necesidad individual y aquella colectiva; buscando siempre la felicidad y la libertad.

Con estas definiciones podemos entonces, concretar lo siguiente: la modernidad comienza a gestarse en un tiempo y espacio específico; un periodo que inicia durante del S. XVI al S. XVIII, consolidándose en este último gracias a las ideas de la Ilustración; y en un lugar geográfico determinado el cual resulta ser Europa Occidental. Refiere a un modo de vida y a un tipo de organización social, basado en el proceso emancipador de la sociedad, en donde la constitución tradicional se vuelve obsoleta y el hombre, basándose en la razón busca el progreso y el bienestar.

³ Enrique Dussel, “Europa, modernidad, eurocentrismo”, en *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales perspectivas latinoamericanas*. Edgardo Lander (comp). Ediciones FACES/UCV. CLACSO. Unidad Regional de Ciencias Sociales y Humanas para América Latina y el Caribe, Buenos Aires, 2000, p. 45.

⁴ Jorge Larraín, “Identidad latinoamericana: crítica del discurso esencialista católico”, *A contracorriente. Revista de historia social y literatura de América Latina*, Vol. 4, No. 3, 2007, p. 21

La complejidad del estudio de la modernidad se da principalmente por la multidimensionalidad y el dinamismo que conlleva. El autor Walter Mignolo describe los cambios que ha tenido este concepto desde su concientización. Él sostiene que el Renacimiento europeo estableció los cimientos de la modernidad a través de la colonización del tiempo y espacio, percibe tres caras acumulativas de la modernidad entre el año 1500 al 2000:

1) La primera es una etapa ibérica católica la cual transcurre de 1500 a 1750. Los países hegemones resultan ser España y Portugal. La modernidad se basa en la teología cristiana, así como en el humanismo secular renacentista. Se da la salvación para llegar a la civilización a través de la conversión al cristianismo.

2) La segunda etapa comienza con el desplazamiento de España por países como Inglaterra y Francia en la expansión imperial/colonial. Abarca los años de 1750 a 1945.

3) Finalmente la tercera etapa va de 1945 al 2000 y se caracteriza por el apoyo por parte de Estados Unidos para la descolonización de África y Asia, iniciando un proyecto económico global llamado “desarrollo y modernización”.⁵

Es así como cada etapa sustituye a la anterior basándose en la formas y estructuras de dominación; convirtiéndolas en obsoletas. En la etapa mercantil que es la que el autor clasifica de 1500 a 1750, la estructura de dominación corresponde a una lógica de metrópoli-colonia; con una economía basada en el capitalismo comercial y el mercantilismo colonial creando así una dependencia estructural que lleva a la implantación de la modernidad en estas “nuevas” sociedades. En la etapa liberal, de 1750 a 1945 la estructura de dominación se da a través de la revolución industrial y la idea del liberalismo. Asimismo, la modernidad se basa en la ideología del imperialismo y el expansionismo. Finalmente, en la etapa actual, la estructura de dominación se basa en la idea del desarrollo y existe una transnacionalización de la economía.

De la misma forma, es importante analizar la correspondencia que han tenido estos procesos de la sociedad moderna con la historia conocida hasta el siglo XXI.

⁵ Walter Mignolo, “La colonialidad: la cara oculta de la modernidad”, *Desobediencia epistémica. Retórica de la modernidad, lógica de la colonialidad y gramática de la descolonialidad* [en línea], Buenos Aires, Ediciones del Signo, 2010, pp. 40-41.

Karen Armstrong resalta la importancia en el campo de la economía y en la epistemología. En cuanto a la economía señala que:

[...] la nueva sociedad europea y sus colonias americanas tenían una base económica diferente que consistía en reinvertir los beneficios con el fin de incrementar la producción. Así pues, esta primera transformación radical en el campo de la economía, que permitió a Occidente «reproducir sus recursos indefinidamente», suele asociarse con el colonialismo. La segunda transformación, la epistemológica, suele asociarse con el Renacimiento europeo. Aquí se amplía el término epistemológico para abarcar tanto ciencia/conocimiento como arte/significado. [...] la transformación [se sitúa] en el ámbito del conocimiento en el siglo XVI, cuando los europeos «llevaron a cabo la revolución científica que les dio un control sobre el entorno mayor del que había logrado nadie en el pasado.»⁶

De este modo se posibilita la interpretación de la modernidad en Europa occidental. Cabe señalar la importancia, por un lado, de un nuevo tipo de economía (el capitalismo), basado en la racionalización por acumulación; y por otro lado de la revolución científica. Ambas cosas encajan y se corresponden con la retórica de celebración de la modernidad, es decir, la retórica de salvación y de novedad basada en los logros europeos del Renacimiento.

Antes de pasar a la concepción de la modernización como producto de la modernidad es necesario destacar una serie de cuestiones:

- 1) La base de la implementación de la modernidad tuvo como acontecimientos históricos la Reforma, la Ilustración y la Revolución Francesa.
- 2) La racionalización, basada en la acumulación, de la modernidad sirvió como puente para la dominación del hombre europeo.
- 3) La modernidad fue la difusión de los productos de la actividad racional, científica, tecnológica y administrativa.
- 4) La modernidad significa un quiebre en la autoconciencia con un estilo de vida y cosmovisión del pasado.

⁶ Karen Armstrong, *Islam: A Short Story*. Estados Unidos de América, The Modern Library, 2000, p. 142.

5) La fe en los principios y en la superioridad del modo de vida europeo son la referencia para la interpretación de la historia, desarrollo, civilización, progreso, etcétera; ante aquellas sociedades consideradas inmaduras.

6) La modernidad es globalizante e intenta ser homogénea.

7) Las características de la modernidad son: individualismo, universalismo, búsqueda de la democracia, asignación de status, progreso, búsqueda insaciable de la felicidad, dignidad del individuo, libertad como derecho humano inalienable, técnica científica aplicada a la industria, secularización, autonomía individual, eficiencia, salvación y finalmente desarrollo.

8) Una sociedad moderna necesita incorporación permanente de mecanismos adecuados para seguir los flujos de cambio continuo.

9) La modernidad es esencialmente un fenómeno europeo occidental y es tomado como punto de referencia para los procesos de modernización.

1.1.2 Modernización como producto de la modernidad

La modernización debe entenderse como un proceso histórico socio-económico de transformaciones, resultado de la Revolución Industrial y de la Revolución francesa, basado en la industrialización y tecnificación de los medios para llegar a la modernidad. Se trata de una serie de transformaciones que llevan a una sociedad a tener atributos propios de las sociedades consideradas modernas.

El concepto de modernización no puede ser entendido sin el concepto de industrialización. La modernización, basándose en la ideología racional de la modernidad, responde al desarrollo de la racionalidad instrumental lo que tiene como consecuencia la implementación del progreso técnico y tecnológico por parte de la racionalidad científica; es decir, la realidad se tecnifica y la racionalidad de los sujetos se instrumentaliza.

Es en este sentido que Jorge Larraín nos dice que esta transformación corresponde a: “un proceso de cambio cultural, social, político y económico que ocurre en una sociedad que se mueve hacia patrones más complejos y avanzados de

organización, libertad, comunicación y democratización en todos los ámbitos, buscando concretar e implementar los valores y promesas de la modernidad”⁷

Del mismo modo en que la modernidad ha tenido diferentes etapas, los procesos de modernización han ido cambiando y adaptándose de acuerdo con las nuevas reglas y necesidades de las sociedades modernas. Siguiendo la misma línea, Gino Germani nos dice que:

Existe un tipo ideal de modernización, basado principalmente en los acontecimientos generados a partir de finales del siglo XVIII en Inglaterra y la segunda mitad del siglo XIX en los Estados Unidos. El concepto recoge una serie de fenómenos presentados en estas sociedades en la esfera política, económica y social.⁸

La modernización no se da únicamente en la esfera económica; es un cambio cultural y estructural que trastoca la esfera política, social, demográfica, industrial, científica, tecnológica; y que permite una dinámica permanente y sobre todo sostenida. Se ha impuesto como un proceso de desarrollo y progreso global en donde estos cambios modifican el pensamiento, ser y deber ser de una sociedad para su “beneficio”.

Germani nos ayuda a diferenciar y a destacar las características de la modernización en las diferentes esferas.

En cuanto a la modernización económica nos habla de:

[...] una transformación de la economía a través de la cual los mecanismos funcionalmente requeridos para el crecimiento autosostenido se incorporan permanentemente al mismo. [...] puede caracterizarse por la existencia de 1) empleo de fuentes de energía de alto potencial [...]; 2) la existencia de mecanismos apropiados para la permanente creación y/o absorción de innovaciones tecnológicas [...]; 3) [...] diversificación de producción; 4) el predominio de la producción industrial sobre la producción primaria; 5) una apropiada mezcla de bienes de capital y bienes de consumo [...]; 6) mayor tasa de inversión en relación con el producto nacional; 7) alta productividad *per capita*; 8) predominio de las actividades intensivas de capital sobre las

⁷ Jorge Larraín, *Op. Cit.* p. 3

⁸ Gino Germani, *Sociología de la modernización*; Buenos Aires, Paidós, 1969, p. 17.

intensivas de trabajo; 9) mayor independencia del gobierno exterior; y 10) una distribución más igualitaria del PBN [...].⁹

Por su parte, la modernización política tiene como características:

1) la organización racional del Estado [...] incluyendo una alta eficiencia en el cumplimiento de funciones estatales en expansión y cada vez más diversificadas, especializadas y centralizadas, propias de una sociedad industrial; 2) la capacidad de originar y absorber los cambios estructurales en las esfera económica, política y social, [...]; y 3) algún tipo de participación política de toda o la gran mayoría de la población adulta.¹⁰

De la modernización social destaca:

1) la movilidad social de una creciente proporción de la población; 2) la urbanización [...]; 3) otros cambios demográficos tales como la disminución de las tasas de mortalidad y natalidad [...]; 4) los cambios en la estructura familiar y en las relaciones interna de la familia nuclear [...]; 5) cambios en la comunidad local y nacional; 6) cambios en las comunicaciones; 7) cambios en el sistema de estratificación [...]; 8) cambios en el alcance y formas de participación, en particular extensión de derechos civiles y sociales [...]; 9) otros cambios importantes en las instituciones tales como la iglesia, las asociaciones voluntarias [...]; Y 10) reducción de las diferencias entre estratos, grupos sociales rural-urbanos y regiones.¹¹

Esta clasificación que nos brinda Germani nos llena de elementos para facilitar la comprensión del proceso de modernización. No obstante, cabe resaltar la correspondencia con la lógica de acumulación en que se basa la modernidad. Un ejemplo de esto es: en el ámbito económico la existencia de mecanismos para la creación y absorción de las innovaciones tecnológicas; en el ámbito político la inclusión de la participación política para la industrialización de la figura del Estado; y finalmente en el ámbito social la extensión de los derechos civiles y sociales aunado a la urbanización y los cambios estructurales en la institución familiar.

⁹ *Ibídem*, p. 19

¹⁰ *Ídem*.

¹¹ *Ibídem*, p. 20

Con la finalidad de comparar perspectivas y elementos existen otros autores que nos ayudan a comprender la modernización en diferentes ámbitos como es Shmuel Eisenstadt. Él nos dice que:

[...] desde el punto de vista histórico, la modernización es el proceso de cambio hacia los tipos de sistemas sociales, económicos y políticos que se establecieron en la Europa occidental y en la América del Norte, desde el siglo XVII hasta el siglo XIX, se extendieron después a otros países de Europa y en los siglos XIX y XX a la América del Sur, y a los continentes asiático y africano.¹²

Al igual que Gino Germani, Eisenstadt divide la modernización en distintos ámbitos. En cuanto a la esfera económica:

[...] se han caracterizado por el desarrollo de sistemas industriales basados sobre el alto nivel de la tecnología, por la especialización creciente de los roles económicos, y las unidades de la actividad económica –la producción, el consumo, la comercialización– y por la ampliación del campo y complejidad de los grandes mercados: mercados de bienes, de trabajo y de dinero.¹³

En la esfera política,

[...] se caracterizó por la creciente extensión del campo territorial y [...] la intensificación del poder en las entidades centrales, legales, administrativas y políticas de la sociedad. [...] las sociedades modernas son democráticas, [...], y la urbanización.¹⁴

En la esfera cultural:

“[...] se caracteriza por la diferenciación creciente de los elementos fundamentales de los principales sistemas culturales y de valores [...], la difusión de la alfabetización y de la educación secular, expansión de los medios de comunicación, la penetración dentro de los grandes grupos de la sociedad, y la participación más amplia de estos grupos en las actividades y organizaciones culturales.”¹⁵

¹² Shmuel Eisenstadt; *Ensayo sobre el cambio social y la modernización*. Trad. José Elizalde, España, Tecnos, 1970; p. 13.

¹³ *Ibidem*, p.16

¹⁴ *Ibidem*, p. 17

¹⁵ *Ídem*

Al igual que Germani, resalta el desarrollo de sistemas industriales para la absorción de la tecnología, además de la especialización económica. En el mismo sentido en la esfera política destaca la centralización del poder y el auge de la democracia. A pesar de que ambos tocan la esfera económica y política, Eisenstadt nos brinda un enfoque cultural, el cual resulta indispensable en el proceso de modernización, ya que gracias a éste podemos comprender la diferenciación y jerarquización cultural-epistemológica que existe en torno a los procesos de modernización contemporánea.

Por lo tanto, la modernización resulta ser la adopción de pautas de comportamiento, valores, actitudes, ideología y forma de vida que responden a la lógica de donde la modernidad fue epistemológicamente concebida: Europa occidental. Aparece como un equivalente a la “occidentalización” y queda reducido a aquellos países que siguen el modelo occidental de cambio social.

Carlota Solé menciona:

“[...] siendo precisamente en Occidente donde por primera vez el sistema de producción fabril se ha desarrollado y expandido masivamente (Revolución Industrial), y donde los derechos del individuo han sido valorados como esenciales para la creación del Estado-nación (Revolución Francesa), modernización se ha asociado con occidentalización.”¹⁶

Es en este sentido que la modernización llega a considerarse una implantación en el resto del mundo, a través de discursos que no corresponden al desarrollo histórico de distintos países. Sin embargo, a pesar de las consecuencias negativas que ha tenido la “modernización” se ha tomado como modelo a seguir y se ha ido adaptando conforme al capitalismo y los valores que éste defiende; destacando la individualización, la apropiación, la acumulación, la mercantilización y la objetivización del medio ambiente y del propio ser humano.

La modernidad es un proyecto occidental en tanto que la nación-Estado y la producción capitalista sistemática son el sostén europeo de esta ideología. Además, el control de la autoridad y de la economía están establecidos sobre los cimientos históricos de una Europa imperialista que ha pasado de una estructura de

¹⁶ Carlota Solé, *Modernización: un análisis sociológico*, Barcelona, Ediciones Península, p. 21

modernización basada en metrópoli-colonia a una sostenida en la Revolución Industrial, y que finalmente ha llegado a Estados Unidos bajo la idea del desarrollo. Estos fueron los factores que dieron pie al contexto internacional para la implementación del modelo económico liberal y posteriormente neoliberal.

1.2 Antecedentes y políticas del modelo socio-económico neoliberal

Durante la mayor parte del siglo XIX y el primer tercio del siglo XX, el liberalismo fue la teoría económica-política que lideraba la organización e interconexión de la sociedad internacional. Desarrollado en Europa a finales del siglo XVIII, el liberalismo debe ubicarse desde una esfera de acción y como representante de todo un sistema de concepciones sociales complejas que surgieron y se desarrollaron junto con la modernidad europea. La finalidad es que el individuo alcance sus objetivos personales con base en dos principios fundamentales: la igualdad, en tanto que todos pueden hacer uso de los derechos que les confiere la ley para participar en el mercado y la libertad, libre acción de los individuos sustentada en la propiedad privada y en el libre mercado, mientras no se trastoquen los derechos de los demás. No obstante, a pesar de que en los derechos individuales se asume la responsabilidad del uso adecuado de éstos, en ocasiones los fines individuales se contraponen a las ideas del bien común.

Es importante destacar el individualismo basado no solamente en la defensa radical del individuo, único y protagonista de la vida ética y económica contra el Estado y la sociedad, sino también la oposición a cualquier sociedad intermediaria entre el Estado y el individuo. Tanto en lo político como en lo económico el ser humano debe actuar por sí solo.¹⁷ Se resalta la defensa de la libertad individual, se tiene fe en el progreso, igualmente existe la idea de una predominación de la armonía natural de intereses, resalta la importancia de la moral y principalmente limita la intervención del Estado y de los poderes públicos en la vida social y económica.

Los fundamentos teóricos del liberalismo económico toman como punto de partida las propuestas de Adam Smith, Jean-Baptiste Say y David Ricardo. A continuación se desglosan sus principales teorías:

- Adam Smith es reconocido por la teoría de la mano invisible en donde cada individuo cumple un fin que de ninguna manera entra en sus intenciones. Aunque busque su interés personal, trabaja de forma más eficaz por el interés de la sociedad.¹⁸

¹⁷ Norberto Bobbio, Nicola Matteuci y Gianfranco Pasquino, *Diccionario de Política*, México, Siglo XXI, Volumen 2, 2005, 14ª edición, p. 878

¹⁸ Maurice Dobb, *Teorías del valor y de la distribución desde Adam Smith: ideología y teoría económica*, México, Siglo XXI, 2004, 12ª, p. 56

El desarrollo capitalista inglés del siglo XVIII corresponde principalmente a las ideas del “liberalismo económico” que ideó Smith.

- Jean-Baptiste Say postula una ley conocida como la Ley de Say en donde la oferta global crea su demanda; por lo que no hay entonces posibilidad de tener crisis de superproducción en una economía de mercado libre.
- David Ricardo su teoría de ventajas comparativas defiende que cada país tiene interés en especializarse en las producciones donde los costos relativos son los más bajos haciendo entonces sus ventajas comparativas más grandes.¹⁹

A pesar de haber dominado la mayor parte del siglo XIX y el primer tercio del siglo XX, factores como el llamado “*crack económico*” de 1929; el ascenso de las luchas de emancipación de los pueblos dominados del Tercer Mundo y la crisis de los imperios coloniales; el éxito relativo de las políticas de industrialización por sustitución de importaciones en América Latina y el Caribe; y el éxito económico de los países socialistas dan como resultado que en la década de 1930 el economista británico John Maynard Keynes opte por dar una respuesta en busca de una solución a la crisis generalizada del sistema capitalista.

La base de la Teoría Keynesiana está enfocada en el análisis de las causas y consecuencias de la demanda agregada y su relación con el nivel de empleo e ingresos. Keynes se da cuenta que el mercado por sí sólo no puede generar suficiente demanda agregada sino que debe ser fomentada para evitar depresiones como la de 1929. En este sentido busca dotar de participación a las instituciones nacionales para controlar la economía en épocas de crisis, a través del crédito, la creación de empleo, una política fiscal progresiva, el gasto gubernamental en obras públicas y programas sociales para generar una demanda para regular y estabilizar la acumulación. Es decir, se busca suplir la insuficiencia de la demanda por el aumento del gasto de los poderes públicos para relanzar la economía y el empleo.²⁰

¹⁹ Eric Toussain, *Capítulo 13. Ideología y política neoliberales: perspectiva histórica, La bolsa o la vida. Las finanzas contra los pueblos*, [en línea], Buenos Aires, CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, 2004, Dirección URL: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/clacso/se/20100609081631/17cap13.pdf> , [Consulta: 19 de enero de 2017].

²⁰ *Ídem*.

Para Keynes la causa primordial de la Gran Depresión de 1929 es el hundimiento de la inversión. Por esta razón busca incentivar y desarrollar el consumo y la inversión a través de una fuerte intervención de los poderes públicos en la actividad económica. Con base en la implementación del modelo de Henry Ford, en donde el desarrollo de la producción y consumo de masas de bienes durables tuvieron consecuencias, Keynes propone la incorporación de los trabajadores en la nueva sociedad a través de altos salarios para estimular el consumo, beneficios y empleo seguro combinados con un estricto control y disciplina de la fuerza de trabajo con el fin de reducir el desempleo y la distribución desigual de los ingresos.

En 1942, William Beveridge combina ambos modelos y crea uno nuevo, dando como resultado el Informe de Beveridge²¹ el cual fue presentado ante el Parlamento Británico e incluía seguros de desempleo, programas de salud y educación pública, seguridad social, subsidios al consumo, entre otros. Como consecuencia indirecta a este informe, existieron una serie de acuerdos de paz social entre los movimientos obreros y su clase capitalista en donde se demostraba el compromiso del Estado por una estabilidad laboral, así como la implementación del Estado de Bienestar y la extensión de los sistemas de seguridad social.

No obstante, a partir de 1960 comienza a gestarse una profunda modificación de la sociedad mundial; la modernidad y la modernización entran en una nueva etapa caracterizada por una serie de transformaciones multidimensionales implicando mayor diversificación en el comportamiento social. El Estado de Bienestar entra en una crisis irreversible de carácter estructural la cual se intenta superar con la construcción de un patrón de acumulación, un nuevo tipo de Estado y un nuevo contrato social.

Por lo que se refiere a los factores de orden económico que derivan en el cambio estructural del modelo keynesiano al neoliberal podemos mencionar: la devaluación del dólar en 1969; la desaceleración económica mundial que afecta principalmente a los países capitalistas industrializados; las recesiones económicas que dieron pie a la crisis del sistema monetario internacional; la caída de la productividad del trabajo, de la tasa de ganancia y de las oportunidades de inversión rentable; lo problemas

²¹ William I. Robinson, *América Latina y el Capitalismo Global: una perspectiva crítica de la globalización*, México, Siglo XXI, 2015, p. 36

macroeconómicos que resultaron en estancamiento económico con inflación; las altas tasas de desempleo; la crisis energética; y el aumento de la deuda internacional especialmente en los países del tercer mundo.

Por su parte, dentro de los factores políticos y sociales la fuerza que ganaron las clases trabajadoras y populares en todo el mundo dio pie a una cadena de revoluciones en el tercer mundo, un resurgimiento de los conflictos de clase, de los movimientos sociales y luchas de liberación armadas. Aunado a esto, la implosión de los regímenes burocráticos del Este europeo expuso la deficiencia del Estado de Bienestar. El carácter interventor y paternalista que éste gozaba, fue asociado al despilfarro de los recursos, a un manejo desordenado de los bienes nacionales y a las relaciones corporativas entre el Estado y la sociedad.

Es en este sentido que muchos teóricos indican que el estancamiento de la productividad y el creciente desempleo se atribuían a los elevados costos del trabajo de los beneficios sociales que obtenían los trabajadores en el marco de las políticas asistencialistas, por lo que se propuso una renovación al sistema capitalista; el neoliberalismo.

Conceptualizando el neoliberalismo, David Harvey nos dice que:

El neoliberalismo es, ante todo, una teoría de prácticas político-económicas que afirma que la mejor manera de promover el bienestar del ser humano consiste en no restringir el libre desarrollo de las capacidades y de las libertades empresariales del individuo dentro de un marco institucional caracterizado por derechos de propiedad privada fuertes, mercados libres y libertad de comercio.²²

Por su parte, José Ávila y Lugo lo plantea como “[...] un fenómeno mundial que se basa en las nuevas formas de acumulación del capital a escala mundial, que implica la competitividad internacional, donde se propone que no haya presencia de un control gubernamental y donde exista una liberalización del mercado”²³.

En contraposición, Edgardo Lander nos dice que no debemos entender al neoliberalismo como una teoría económica, sino que es: “[un] discurso hegemónico de

²² David Harvey, *A Brief History of Neoliberalism*, México, Oxford University Press, 2005, p. 11.

²³ José Ávila y Lugo, *Introducción a la economía*, México, Escuela Nacional de Estudios Profesionales Aragón, 2004, 3ª edición, p. 7.

un modelo civilizatorio, esto es, como una extraordinaria síntesis de los supuestos y valores básicos de la sociedad liberal moderna en torno al ser humano, la riqueza, la naturaleza, la historia, el progreso, el conocimiento y la buena vida.”²⁴

Es así como podemos entender al neoliberalismo como un modelo ideológico, basado en un conjunto de prácticas políticas, sociales, económicas y culturales que busca imponer un modo de vida determinado por las premisas de la modernidad, con el objetivo de promover el bienestar y felicidad del ser humano a través de la acumulación del capital y la libertad económica. Es decir, se trata de un programa concreto y una percepción del mundo que lleva al extremo el liberalismo clásico, el individualismo y la concepción de acumulación para la producción. Su objetivo es transformar los procesos de valorización social, adecuando la articulación y la disponibilidad mundial a las necesidades específicas dictadas por las modalidades tecnológicas, en las que la competencia ocupa un lugar preponderante.²⁵ Es el promotor y legitimador de los nuevos contenidos y formas de procesos generales de acumulación certificando la supervivencia individual a través de la despersonalización del bien común en las sociedades y la libertad del mercado tomándolo como un producto de la naturaleza.

El neoliberalismo fue planteado por Friedrich Hayek, y Ludwig von Mises, economistas austriacos que optaron por responder teórica y políticamente al Estado Benefactor planteado por Keynes. El primer objetivo fue reunir defensores cualificados del liberalismo económico para crear proyectos concretos contra el intervencionismo estatal. El Instituto Universitario de Altos Estudios Internacionales de Ginebra (IUAEI), la London School of Economics (LSE), y la Universidad de Chicago²⁶ fueron los principales centros de economistas neoclásicos que tuvieron participación en el perfeccionamiento y aplicación de la teoría neoliberal.

En abril de 1947, banqueros suizos financian la primera reunión en la que participan más de 30 liberales, principalmente economistas y filósofos. Se llevó a cabo

²⁴ Edgardo Lander, “Ciencias sociales: saberes coloniales y eurocéntrico”, *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas*, Argentina, CLACSO, 1993, p. 2.

²⁵ Luis Antonio Cruz Soto, *Neoliberalismo y globalización económica. Algunos elementos de análisis para precisar los conceptos*, [en línea], México, Universidad Nacional Autónoma de México, Contaduría y Administración, núm. 205, abril-junio, 2002, p.13

²⁶ José Avila y Lugo, *Op. Cit.*, p. 9

en el Hôtel du Parc en Suiza y de ésta fundan la Sociedad de Mont-Pèlerin. Dentro de los participantes más destacables se encuentran Maurice Allais, Karl Popper y Milton Friedman, posteriormente ganadores del Premio Nobel de Economía. La idea principal de esta reunión fue la defensa de la dignidad y libertad humana que se veían amenazadas por las tendencias políticas del momento.

El neoliberalismo fue implementado experimentalmente en 1973 durante el régimen dictatorial de Augusto Pinochet en Chile y en 1976 durante la dictadura militar en Argentina. Sin embargo, su esplendor en la escena del capitalismo internacional se da, en un primer momento con el gobierno de Margaret Thatcher (1979-1990) en el Reino Unido y simultáneamente en el gobierno de Ronald Reagan en Estados Unidos (1981-1989). Por su parte las instituciones financieras internacionales como el Fondo Monetario Internacional, el Banco Mundial y la Secretaría del Tesoro de Estados Unidos se encargaron de imponer el modelo en los países considerados del Tercer Mundo en las décadas de 1980 y 1990 a través de una serie de programas de ajuste estructural, concentrados en el “Consenso de Washington”.

El propósito principal era la recuperación de la competitividad externa y el reinicio del crecimiento en un ambiente de estabilidad macroeconómica. El Estado debía limitarse a proveer de seguridad jurídica y política a la propiedad privada y a las transacciones entre los agentes de la economía, además de garantizar el efectivo respeto del nuevo marco normativo presidido por la vigencia más amplia de la oferta y la demanda.²⁷

Esta nueva etapa de la modernidad bajo el Consenso de Washington se caracteriza por la disminución de las soberanías estatales socavadas por el poder creciente que adquieren los organismos transnacionales; un orden mundial unipolar hegemónico política, cultural y económicamente por Estados Unidos; se desplaza a una economía postindustrial ligada a los servicios y a la información; se pasa de un capitalismo “estadocéntrico” a un capitalismo “mercado-céntrico”; la democracia pasó a concebirse como democracia liberal y la economía a una “economía capitalista de

²⁷ Carlos M. Vilas, *Estado, democracia y populismo en América Latina*, Unidad del Rosario, Colombia, CLACSO, 2008, p. 148.

mercado”; finalmente en el ámbito social existe una fuerte desestructuración de los vínculos sociales y una creciente apatía a la actividad política.

La aplicación de las medidas abordadas en el Consenso de Washington exigía una convergencia entre las instituciones y las políticas económicas del Estado estableciéndose sobre dos premisas y supuestos principales: 1) para atraer inversiones extranjeras los gobiernos deben de dar amplia libertad a los mercados, manteniéndose fuera para no distorsionar los incentivos o desviar los recursos; y 2) la ejecución de amplias reformas político-institucionales de libre mercado, eliminando controles, restricciones, subsidios y regulaciones para que el efecto “derrame” generado por el mercado, llegue a toda la sociedad.²⁸

Este efecto se basa en el supuesto de que las políticas neoliberales permitirían a los países insertarse en el mundo y acceder al crecimiento de sus economías a través de la “mano invisible” del mercado para generar un desarrollo sustentable que se distribuiría a toda la población. Se especulaba que las reformas podrían causar algunos efectos socialmente nocivos en el corto plazo, entre los que cabe destacar: desajustes en el mercado de trabajo, incremento de la pobreza y de la desigualdad y desintegración social. Posteriormente se generaría una difusión de los resultados positivos al conjunto de la población y en particular a los sectores más vulnerables. El funcionamiento del libre mercado, sin la intervención estatal y sus políticas sociales, era suficiente para asegurar la distribución óptima de los recursos y el pleno empleo de las capacidades de producción.

Las reformas estructurales apuntaban a una profunda reorganización del Estado y la sociedad. Siguiendo la línea que nos plantea Juan Arancibia Córdoba²⁹, éstas se basan en:

- Privatización

Consta esencialmente de un “cambio” de propietario, es decir, bienes y servicios antes brindados por el Estado o empresas públicas ahora serán producidos por empresas privadas y generalmente extranjeras. Automáticamente la responsabilidad sobre la

²⁸ *Ibidem*, p. 150

²⁹ Arancibia Juan Córdoba (coord.), *Capital, crisis y desigualdad en América Latina*, Colección Estudios Latinoamericanos en la UNAM, Vol. 3, UNAM, México, 2010, p. 42.

economía que tenía el Estado con el mercado como apoyo, se transforma en una responsabilidad exclusiva del mercado y de las características de desigualdad que lo determinan. Se buscaba entonces privatizar aquellas esferas públicas que obstaculizan jurídicamente la acumulación y expansión de capital en caso de prevalecer el interés público sobre el beneficio privado.

El argumento principal para la privatización de los bienes y servicios públicos resulta ser el desarrollo tecnológico y la eficiencia con el que cuentan las empresas privadas para llegar al éxito en el mercado mundial competitivo. Aunado a esto se trata de crear mercado en las áreas donde no existía, por ejemplo la tierra, el agua, la educación, la atención sanitaria, la seguridad social, la contaminación ambiental y, en particular para esta investigación, los derechos humanos, como el suicidio asistido.

En relación con la mercantilización del suicidio asistido es importante subrayar lo que dice Marx sobre el nihilismo moderno en donde las antiguas formas de dignidad y honor, la muerte y el sufrimiento en este caso, son incorporadas al mercado y adquieren una nueva vida como mercancías. Es así como cualquier forma de comportamiento humano se hace permisible (el lucro con el suicidio asistido) en el momento que se adquiere un valor y es rentable.³⁰ Es así como la dignidad y la muerte se integran al mercado capitalista neoliberal; equiparando de tal manera el sufrimiento, la enfermedad, los sentimientos, la crisis y el caos a un precio.

- Desregulación/ Políticas restrictivas

De igual modo, para complementar la privatización se debe eliminar la capacidad del Estado para regular el funcionamiento de los agentes económicos y las condiciones en que opera la economía. El argumento principal alude a la deficiencia, incompetencia, improductividad y corrupción estatal en donde las políticas de pleno empleo financiadas con el gasto público conducían a inflaciones altas con estancamiento económico. Es por esto que el neoliberalismo busca que el Estado tenga la menor injerencia para fijar precios, salarios, subsidios, fijar el tipo de cambio, las tasas de interés, etcétera; los

³⁰ Berman Marshall, *Todo lo sólido se desvanece en el aire: la experiencia de la modernidad*, México, Siglo XXI, 1989, p. 108.

cuales serán estipulados por los empresarios y el mercado *per se*, considerados mejores por naturaleza.

En este sentido se comienzan a armonizar una serie de políticas fiscales, monetarias, industriales, laborales y comerciales entre múltiples naciones dirigidas por los *think tanks* de las élites transnacionales. Los actores estatales comienzan a verse desplazados por el manejo económico de los nuevos actores transnacionales pertenecientes a los altos estratos sociales de los países industrializados.

- Apertura económica

Consiste en la creación de un mercado mundial/global a través de la desaparición de la diferencia conceptual y real del mercado interno y externo. Implica la destrucción de las barreras meramente económicas, en donde las mercancías, el capital (productivo de inversión o especulativo) y empresas transnacionales deben moverse libremente. Es indispensable subrayar en este apartado que la apertura económica junto a la desregulación no propició un nuevo ciclo expansivo, sino una transferencia masiva de capital al sector especulativo dejando de lado el sector productivo; siendo éste el punto clave para comprender lo que posteriormente denominaré como crisis civilizatoria. Aunado a esto, se impulsa la valorización del capital, que consta de la obtención de sus ganancias y el incremento de su reproducción.

Inicia la firma de acuerdos con base en la ampliación del comercio en donde participan la mayoría de los países del “centro”/”norte” y que consecutivamente dan pie al abandono de la política de sustitución de importaciones por parte de las naciones “periféricas”/”sur”. En donde hubo una apertura de sus mercados a la competencia transnacional y siguieron las estrategias de desarrollo implementadas por el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial para su inserción en el mercado mundial. Estas estrategias se basaron en la reestructuración y financiamiento de la deuda externa en los países latinoamericanos y se destinaron especialistas y técnicos para hacerse cargo de la formulación e implementación. La Organización Mundial del Comercio (OMC) resulta ser el símbolo más relevante de la economía global liberalizada. Fue la primera institución supranacional con capacidad coercitiva que no está vinculada a ningún Estado, sino con la élite corporativa transnacional.

- Relación Estado-Mercado/ Fin del Estado de Bienestar

Tomando en cuenta los factores antes mencionados, comienza una aparente disminución del Estado en el ámbito económico. Además de perseguir el objetivo de acabar con las causas de la crisis fiscal del Estado y su impacto en los precios y balanza de pagos, se transforma en guardián de la propiedad privada y de la paz social. Políticamente hablando busca quitarle la sobrecarga de responsabilidades que la sociedad había generado e intentar prevenir una crisis de legitimidad al ser ineficiente para satisfacerlas. Se le resta poder como instrumento social pero es el encargado de rescatar al capital en caso de un *crack* económico.

Las prioridades del gasto público se reordenan y se cambia a favor del crecimiento teniendo como consecuencia el aumento de la pobreza. Ejemplificando esto, entendemos que los subsidios dejan de ir al sector de la salud, educación básica, alimentos, programas de pensiones, transporte e infraestructura y comienza a dirigirse a la inversión en aquellas actividades más rentables y productivas.

- Flexibilización Productiva y Laboral

El argumento de la intervención estatal en los procesos y relaciones laborales como una parte fundamental para la generación de costos excesivos y de la crisis monetaria contextual fue lo que llevó a la flexibilización laboral y productiva. Simultáneamente el desarrollo e innovación tecnológica comienza la flexibilización de los procesos productivos, es decir, se pasa de una economía de la oferta a una economía de la demanda dando pie a la precarización de los trabajadores. Las empresas comienzan a manejar un cierto número variable de personas que entran y salen del proceso de acuerdo al comportamiento de la demanda, son contratados y despedidos de manera continua sin ningún tipo de protección laboral.

Así mismo se sustituye el compromiso *fordista* y la relación capital-trabajo se basa en el desmantelamiento de los Convenios Colectivos y en la desindicalización con el objetivo de flexibilizar legal y prácticamente las relaciones laborales. Conforme a lo mencionado se facilitan y abaratan las condiciones de contratación y despido para que no cueste tiempo ni dinero, se aumentan las horas laborales y finalmente se incorpora

la modalidad de subcontratación;³¹ se trata de socavar el poder que tenían los trabajadores y convertirlos en pequeños “esclavos modernos” sin la necesidad de privar notablemente su libertad. Las libertades laborales se encarnan en los intereses de la propiedad privada, las empresas, las compañías multinacionales y el capital financiero, aunque los grupos más frágiles de la sociedad resulten afectados.

Aunado a las reformas neoliberales mencionadas, las potencias capitalistas fortalecieron su estrategia en el mundo a partir de la consolidación de cinco monopolios centrales: tecnológico, del mercado financiero mundial, acceso a los recursos naturales del planeta, medios de comunicación y armas de destrucción masiva³². Esto tuvo como resultado la creación de un orden liberal mundial, una economía global abierta y un régimen político global que permitió la libre circulación del capital transnacional.

Sin embargo, no sirve de nada precisar las políticas neoliberales sin comprender el contexto que se estaba gestando en torno al nuevo modelo. Como ya he mencionado el neoliberalismo fue impulsado por el colapso de las estrategias keynesianas basadas en el Estado Benefactor, frente a la transnacionalización y la necesidad de un régimen político renovado capaz de facilitar el nuevo modelo global. Respondiendo así a la lógica de acumulación global de capital, frente a la lógica social que resulta irracional e insostenible.

La lógica del libre mercado y la ética que había tenido hasta ese momento, es reivindicada y reconceptualizada tanto por los gobiernos como por la sociedad, visto como un elemento necesario ante la crisis sistémica que el capitalismo había sufrido. David Harvey menciona que:

El neoliberalismo valora el intercambio del mercado como una ética en sí misma, capaz de actuar como una guía para toda la acción humana y sustituir todas las creencias éticas anteriormente mantenidas. Sostiene que el bien social se maximiza al maximizar el alcance y la frecuencia de las transacciones comerciales y busca atraer toda la acción humana al dominio del mercado.³³

³¹ Juan Arancibia Córdoba, *Op. Cit.*, p. 47-48.

³² Nayar López Castellanos, *Izquierda y neoliberalismo de México a Brasil*, México, Plaza y Valdes, 2001, p. 36

³³ Harvey, *op. cit.* p. 8.

No obstante, lo que convirtió al neoliberalismo en el modelo dominante fue que resultó ser perfectamente funcional para el capital transnacional en el momento histórico particular en el que los principales grupos sociales de capital en todo el mundo se estaban transnacionalizando, y tratando de desarrollar nuevos métodos de acumulación e imponer nuevas relaciones sociales de producción.

El neoliberalismo se asume por las necesidades que en ese momento requiere cierto sector de la población, se difunde, por lo tanto, como el sentido de vida más avanzado. El modelo neoliberal retoma las características que distinguen la modernidad entre los que podemos destacar: la dignidad del individuo, la libertad, la técnica científica aplicada a la industria, secularización, autonomía individual, y el amplio desarrollo; y los identifica como los valores centrales de la civilización, garantizándolos a través del mercado y del comercio. De igual modo la argumentación política utilizada principalmente por Margaret Thatcher y Ronald Reagan se basaba en el supuesto de que las políticas existencialistas favorecían la corrupción, la ineficiencia, la vagancia y la exclusión laboral. Convirtiéndolo en un modelo incuestionable en la mayoría de la sociedad y creando la idea de que lo único correcto, es lo que es correcto económicamente.

Por otra parte, contó con gran apoyo internacional de los medios de comunicación masiva, exponiendo al neoliberalismo como el gran instrumento de estabilidad financiera, de saneamiento de las finanzas públicas, de promoción de un nuevo ciclo de modernización y expansión de la economía. De ahí que, las relaciones de poder sufran una fuerte transformación dando pie a la concentración de monopolios alrededor de la tierra, los bancos, los medios de comunicación masiva y de las grandes corporaciones industriales y comerciales.

A pesar de que el neoliberalismo fue recibido positivamente por la sociedad en general, éste no cumple con los objetivos planteados inicialmente por dos razones principales:

- 1) La influencia mediática, articulada con las campañas publicitarias de las grandes marcas y el estilo de vida consumista, aunado a la enorme fragmentación social y cultural que se producía y reproducía en toda la población; dificultó la capacidad de organización y de manifestación social.

2) La desregulación implantada para la libre circulación del capital. El cual no fue al sector productivo, sino que se fue al sector especulativo, específicamente al sector financiero (préstamos de dinero, acciones de empresas mundiales y en general el flujo de capital que impulsa el intercambio comercial), bajo la premisa de que el mercado es el mejor destino para los recursos y que, posteriormente se materializó en una mayor ganancia en un periodo temporal más corto.

Si juntamos estos factores, no se puede brindar la estabilidad para su reproducción. La apertura de las economías, junto a la dependencia estructural del capital especulativo produjo fragilidades que concluyeron en una serie de crisis y evidenciaron las debilidades del modelo económico neoliberal, en donde no existió una expansión económica, modernización y generalización de posibilidad de consumo para todos como se había establecido desde el inicio con la teoría del derrame.

Una vez que el neoliberalismo se convierte en líder del “modelo de vida” a nivel internacional, los efectos nocivos en la sociedad y medio ambiente comienzan a exponerse, siendo cada vez más profundos y extensos. El modelo neoliberal trastoca distintas esferas como la economía, la política, la cultura y la medio ambiental, transformando a la sociedad y dejando consecuencias devastadoras.

1.3 Las consecuencias del neoliberalismo en la sociedad contemporánea

Como podremos observar a continuación, la implementación de las políticas neoliberales tiene consecuencias exponencialmente negativas en los países que las implementaron. Sus principales defensores argumentan que el déficit de resultados responde a la mala o incompleta ejecución por parte de los gobiernos, no obstante se puede afirmar que el neoliberalismo se utilizó principalmente en función de la preservación de las estructuras de poder y de los intereses de las clases política, social y económicamente privilegiadas, excluyendo a la población en general.

Contrario a los resultados esperados por el Consenso de Washington, la no intervención estatal y la ejecución de reformas político-institucionales de libre mercado únicamente incrementaron la concentración de los ingresos, la pobreza y la desintegración social. Si bien es cierto que la productividad y el progreso científico tuvieron un auge, no es posible dejar de lado que la desregulación económica ahondó en la deuda externa de los países “subdesarrollados”, contribuyendo a la gestación de crisis y estallidos sociales.

Tomando en cuenta que el neoliberalismo es un sistema basado en la colonización del espacio, la naturaleza y los seres humanos; las consecuencias afectan en diferentes esferas, siendo en cada una de ellas catastróficas. Las principales son:

1) Financiarización de la economía.

La financiarización de la economía se basó principalmente en la hegemonía que mantuvo el capital financiero bajo su forma especulativa. La demanda de las políticas neoliberales sobre el papel que el Estado debía desenvolver, lo posicionaban como un obstáculo para la libre circulación del capital, convirtiéndolo en protector del mercado. La gran mayoría de la inversión que éste destinaba al sector productivo, pasó al sector financiero donde la liberalización de las tasas de interés, los préstamos monetarios, las acciones de empresas mundiales y el flujo de capital como impulso del intercambio comercial dominaban la economía global.

No obstante, la negociación y ampliación de los préstamos y acciones únicamente se realizaban con el objetivo de obtener ganancias prontas y abundantes, fracturando las bases sociales de apoyo que brindarían estabilidad a su reproducción, es decir, la distribución del capital ficticio únicamente acentuaba la concentración del

ingreso y garantizaba la solvencia y riqueza económica de los empresarios y accionistas.

El capital, al destruir su capacidad productiva, ocasionó endeudamiento masivo hasta llegar a la incapacidad de hacer real el capital ficticio. Según el Banco de Basilea, el capital ficticio sumaban en 2008 alrededor de 1,000 billones de dólares, monto equivalente a veinte veces el producto bruto mundial (PMB), que sería de unos 55 millones de dólares.³⁴ Su valor es meramente ficticio, creado en las operaciones especulativas en los mercados financieros mundiales.

En contraste con los beneficios obtenidos por la clase hegemónica mundial, la capacidad de fuga del capital ficticio ocasionó el estallido de la crisis del sistema financiero en 2008. Así mismo se presenta la caída de la economía real con una consecuente recesión internacional. Sirva de ejemplo Estados Unidos donde, con base en el crédito financiero-hipotecario, se brindó la oportunidad a personas que no tenían los recursos suficientes para pagar, endeudándolos y causando pobreza crónica en el país. Se estima que alrededor de diez millones de familias perdieron sus casas por juicios hipotecarios.

No obstante, es importante resaltar que éste es sólo un ejemplo del estallido de la crisis a nivel mundial, los efectos generaron deterioro en las condiciones del mercado de trabajo de los países emergentes, principalmente.

2) La precarización laboral

El modelo neoliberal tuvo consecuencias considerables en el ámbito laboral. Dentro de las principales podemos destacar: el aumento del desempleo, la baja en los salarios de los trabajadores, la eliminación u opresión de los sindicatos defensores de los trabajadores, el incremento de la informalidad laboral, mayor brecha salarial entre los trabajadores y despidos injustificados. Es importante resaltar que la calidad del empleo está ligada directamente con la concepción del bienestar personal y la estabilidad social.

³⁴ Antonio Jarquín Toledo y Win Dierckenses. "La gran crisis del Siglo XXI: entre amenazas y oportunidades. ¿Estamos ante una próxima Fran Guerra?" en Andrés Piqueras y Wim Dierckenses. *El colapso de la globalización. La humanidad frente a la gran transición*. España, El Viejo Topo, 2001, p. 122.

Entre 1970 y 1990 el índice de sindicalización de la masa laboral se redujo de 23% al 17% en Estados Unidos, de 42% a 40% en Reino Unido y de 22% a 10% en Francia.³⁵ Actualmente, a nivel mundial se estima que existen un poco más de 197 millones de personas desempleadas, alrededor del 5.7% de la población total. No solo es importante mencionar los índices de desempleo, sino también las formas de empleo vulnerable (trabajadores por cuenta propia, trabajadores familiares no remunerados y trabajadores pobres) constituyen alrededor de 1, 400 millones de personas, es decir, más del 42% del empleo total.³⁶

Para ilustrar mejor, se tomaron en cuenta los datos proporcionados por el Banco Mundial sobre algunos de los países que implementaron rigurosamente las políticas neoliberales. Los indicadores tomados en cuenta son:

1) Población activa total, engloba personas de 15 años en adelante y que aportan trabajo para producir bienes y servicios. Incluye a personas con empleo como desempleadas.³⁷

2) Tasa de desempleo total, engloba parte de la población activa que no cuenta con un trabajo.

³⁵ Datos del Departamento Intersindical de Estadísticas y Estudios Socioeconómicos (DIEISE) de Sao Paulo, Dirección URL: <https://www.dieese.org.br/materialinstitucional/quienSomos.html#>, [Consulta: 18 de julio de 2017].

³⁶ Organización Internacional del Trabajo (OIT), *Perspectivas sociales y de empleo en el mundo-Tendencias 2017. La OIT estima que el desempleo mundial aumentará en 3.4 millones en 2017*, [en línea], Ginebra, 12 de enero 2017, Dirección URL: http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_541144/lang-es/index.htm , [consulta: 16 de julio de 2017].

³⁷ Datos de la población activa total mundial, tomados de la Páginas Oficial del Banco Mundial, disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SL.TLF.TOTL.IN>

Tabla 1. Comparación entre la población activa total y el % desempleo total.

	1998		2008		2016	
	Población activa total	Desempleo total (%)	Población activa total	Desempleo total (%)	Población activa total	Desempleo total (%)
Alemania	40, 837, 259	9.8	41, 926, 240	7.5	43, 421, 104	4.3
Bélgica	4, 252, 390	9.3	4, 785, 989	7.0	5, 040, 006	8.3
Canadá	15, 698, 979	8.3	18, 573, 598	6.1	19, 926, 490	7
Colombia	15, 536, 950	15	22, 041, 055	11.3	26, 020, 330	8.4
Estados Unidos	143, 627, 689	4.5	158, 190, 175	5.8	162, 529, 414	4.9
Francia	26, 895, 203	12.6	29, 273, 111	7.5	29, 966, 769	10.0
Holanda	7, 829, 563	4.4	8,942, 053	2.8	9, 048, 742	6.2
Luxemburgo	176, 475	2.8	220, 410	5.1	281, 982	6.3
México	39, 310, 303	3.6	48, 676, 426	3.9	57, 790, 045	4.0
Reino Unido	28, 944, 295	6.2	31, 371, 606	5.6	33, 804, 251	4.8
Suiza	3, 970, 719	3.6	4, 409, 484	3.3	4, 887, 210	4.6

Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Mundial, disponibles en:

<http://databank.bancomundial.org/data/reports.aspx?source=2&series=SL.UEM.TOTL.ZS&country=> y <http://databank.bancomundial.org/data/reports.aspx?source=2&series=SL.TLF.TOTL.IN&country=>

Como se puede observar en la tabla, la población total activa tiende a aumentar. Sin embargo, podemos examinar el crecimiento, disminución y mantenimiento de la tasa de desempleo total. En países como Alemania, Reino Unido y Colombia la tasa de desempleo ha disminuido considerablemente, a pesar de la fuerte crisis económica sufrida en el 2008. Por otra parte, los países que han demostrado crecimiento en su tasa de desempleo son Bélgica, Luxemburgo, Estados Unidos, México, Holanda y Suiza. Es importante resaltar el caso de Francia ya que ha sido uno de los países más afectados por la crisis económica subiendo su tasa de desempleo 3 puntos porcentuales.

En este sentido, es esencial tomar en cuenta los indicadores de migración a los países antes mencionados. Según las proyecciones, en Europa, sobre todo en Europa Septentrional, Meridional y Occidental, los niveles y las tasas de desempleo seguirán

disminuyendo. Sin embargo, se espera que el ritmo de esta mejora se reduzca, y hay señales de que el desempleo estructural está empeorando, el último dato arrojado por los indicadores es del 47.8% durante la primera mitad del 2016.³⁸ Dentro del desempleo estructural se engloban a las personas que buscan empleo desde hace doce meses o más.

Según datos de la OIT el riesgo de malestar social o descontento ha aumentado en casi todas las regiones entre el 2015 y 2016. El índice de malestar social, vincula el malestar expresado con la situación socioeconómica de los países.³⁹ En consecuencia, los individuos afectados no sólo tienen obstáculos económicos para sobrevivir a la alta demanda social que se genera por las políticas neoliberales; sino que comienza una epidemia de desmoralización y desvalorización estructural y cíclica en donde los trabajadores pierden la noción de producción y se convierten en motores de competencia profesional y de destreza empresarial. El acceso limitado a sistemas contributivos de protección social y las afectaciones psicológicas y sociales que conlleva la precarización laboral como la frustración, depresión y apatía, abrirán paso al incremento del uso de drogas y suicidio en todo el mundo.

3) Pérdida de legitimidad del Estado

La pérdida de legitimidad del Estado comenzó con el cambio de facultades que significó la implementación de las políticas neoliberales. Reducir los altos índices de inflación, el déficit fiscal y la pobreza se transformó en el endeudamiento del Estado. Para ilustrar mejor esto se tomarán en cuenta los datos del Banco Mundial sobre la deuda gobierno central: la cual corresponde al saldo total de obligaciones contractuales directas a plazo fijo del gobierno en una fecha determinada. Incluye los pasivos internos y extranjeros, excepto acciones y préstamos.⁴⁰

³⁸ OIT, *Op. Cit.*, p. 2.

³⁹ OIT, *Op. Cit.*, p. 3

⁴⁰ Datos de la deuda del gobierno central, tomados de la Páginas Oficial del Banco Mundial, disponible en: [//datos.bancomundial.org/indicador/GC.DOD.TOTL.GD.ZS?view=chart](http://datos.bancomundial.org/indicador/GC.DOD.TOTL.GD.ZS?view=chart)

Tabla 2. Deuda del gobierno central, % total del PIB.

	1998	2008	2015
Alemania	37.7	42	50.5
Bélgica	124.8	90.3	109.6
Canadá	-	-	-
Colombia	5.4	64.8	67.1
Estados Unidos	41	64	97.8
Francia	61.9	64.9	98
Holanda	62.9	52.9	70.6
Luxemburgo	-	-	-
México	23.3	-	-
Reino Unido	46.7	55.7	107.6
Suiza	27.9	25.4	22.7

Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Mundial, disponibles en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/GC.DOD.TOTL.GD.ZS?view=chart>

Este indicador muestra el incremento notable del endeudamiento del gobierno central. En el caso de Alemania observamos un aumento gradual de únicamente 12 puntos porcentuales; mientras que en países como Bélgica, Colombia, Estados Unidos, Francia, Holanda y Reino Unido el monto de la deuda se incrementó considerablemente. Finalmente, en el caso de Suiza es el único país que ha logrado disminuir paulatinamente su deuda.

Así como en el caso de Estados Unidos, Francia y Reino Unido se presentó un incremento en la deuda central de la mayoría de los Estados que implementaron las políticas neoliberales. Para poder liquidar la deuda generada, el Estado quedó al servicio de los intereses monopólicos de los capitales internacionales. Se convirtió en un aparato administrador de la propiedad privada y la paz social, dejando que el mercado se encargara del manejo económico. Esto resultó benéfico únicamente de los grupos ricos y poderosos de la sociedad, excluyendo socialmente amplios segmentos de la población.

Las políticas neoliberales consolidaron un esquema de acumulación establecido en la valorización financiera del capital en escala transnacional y no en el beneficio general a través del desarrollo humano. El Estado realizó cambios en la inversión del gasto

público en busca del crecimiento meramente económico, dejando en segundo plano sectores como salubridad y educación. En la siguiente tabla se tomará en cuenta:

- Gasto en salud del porcentaje total del PIB: se considera la prestación de servicios de salud, las actividades de planificación familiar, de nutrición y asistencia de emergencias de salud, sin incorporar el suministro de agua ni de servicios sanitarios.⁴¹
- Gasto público en educación, porcentaje del PIB: El gasto público en educación (corriente, capital y transferencias) se expresa como porcentaje del PIB. Incluye el gasto financiado por transferencias de fuentes internacionales al gobierno. El gobierno general suele referirse a los gobiernos locales, regionales y centrales.⁴²

Tabla 3. Comparación del gasto público del % del PIB en salud y educación.

	1998		2008		2014	
	Salud (% PIB)	Educación (% PIB)	Salud (% PIB)	Educación (% PIB)	Salud (% PIB)	Educación (% PIB)
Alemania	10.0	4.4	10.4	4.4	11.3	5
Bélgica	7.9	-	9.6	6.3	10.6	6.6
Canadá	6.2	5.5	7	4.6	7.6	-
Colombia	6.1	3.9	4.7	3.9	5.2	4.7
Estados Unidos	13	4.8	16	5.3	17.1	5.4
Francia	9.9	5.7	10.6	5.4	11.5	-
Holanda	7.6	4.6	9.6	5.1	10.9	5.5
Luxemburgo	5.2	-	6.5	-	5.9	4.0
México	4.8	3.5	6.1	4.8	6.3	5.3
Reino Unido	6.6	4.3	8.9	5	9.1	5.7
Suiza	9.8	4.9	10.3	4.9	11.7	5.1

Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Mundial, disponibles en:
<https://datos.bancomundial.org/indicador/SH.XPD.TOTL.ZS?view=chart> y
<https://datos.bancomundial.org/indicador/SE.XPD.TOTL.GD.ZS?view=chart>

Si bien podemos observar que la inversión pública en los sectores de salud y educación ha aumentado no supera los dos puntos porcentuales en la mayoría de los países, excepto en Estados Unidos que incrementó de 13% a 17% en la inversión en

⁴¹ Banco Mundial, *Gasto en salud (% del PIB)*, disponible en:
<http://databank.bancomundial.org/data/reports.aspx?source=2&series=SH.XPD.OOPC.TO.ZS&country=>

⁴² Banco Mundial, *Gasto en educación (% del PIB)*, disponible en:
<https://datos.bancomundial.org/indicador/SE.XPD.TOTL.GD.ZS>

el sector salud. Por su parte en cuanto a la inversión en educación podemos observar que no se ha incrementado ni 1% en la mayoría de los casos, excepto en Reino Unido y México en donde se incrementó casi 2%. En la mayoría de los países podemos observar un rezago del sector salud al disminuir el porcentaje de inversión, como es el caso de Luxemburgo.

Sobra decir que el aumento en estos sectores es prácticamente nulo. Consecuentemente se ha cuestionado la credibilidad y eficiencia de las instituciones democráticas del Estado. Con la baja inversión en los sectores más importantes de la sociedad comenzó a gestarse una creciente desconfianza hasta llegar a una crisis política. La sociedad ya no tiene fe en las formas de gobierno existente y no ven una alternativa viable en las opciones disponibles en cada proceso electoral.

El indicador de la eficiencia del gobierno toma en cuenta, de manera porcentual, la calidad de los servicios públicos, la calidad de la administración pública y el grado de independencia de presiones políticas; la calidad de la formulación y aplicación de políticas, y la credibilidad del compromiso del gobierno con éstas.⁴³

Tabla 4. Eficiencia del gobierno (%).

	1998	2008	2015
Alemania	95.12	89.81	94.23
Bélgica	93.17	87.86	88.94
Canadá	95.34	95.15	94.71
Colombia	48.19	54.37	52.40
Estados Unidos	92.68	92.23	89.90
Francia	89.76	91.26	89.42
Holanda	99.51	94.17	97.12
Luxemburgo	98.96	92.72	93.27
México	66.34	61.17	61.54
Reino Unido	94.63	93.20	93.75
Suiza	98.05	98.54	99.52

Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Mundial, disponibles en:

<http://info.worldbank.org/governance/wgi/index.aspx#reports>

⁴³ Banco Mundial, *Indicadores de eficiencia del gobierno*, disponible en: <http://info.worldbank.org/governance/wgi/index.aspx#reports>

Como podemos observar en la mayoría de los países con el estallido de la crisis en el año 2008 el porcentaje de confiabilidad en las instituciones del Estado disminuyó considerablemente. Para el año 2015, los gobiernos lograron recuperar el nivel de confiabilidad, sin embargo, no han podido alcanzar el porcentaje presentado en 1998 y al contrario, va disminuyendo con el paso el tiempo.

No se trata únicamente del endeudamiento del Estado y su falta de interés en los sectores más vulnerables de la sociedad, sino también en la pérdida del contenido simbólico, pérdida de la confiabilidad y pérdida de la seguridad; se trata de una crisis de legitimidad que es aprovechada por el sector financiero para acaparar el poder económico mundial.

4) Oligopolio empresarial.

Si bien se planteaba que el neoliberalismo generaría una difusión de los resultados positivos al conjunto de la población y en particular a los sectores más vulnerables, esto no sucedió. El mercado y en general el sector económico es dominado por un pequeño número de empresas. El beneficio obtenido por la implementación de las políticas neoliberales corresponde únicamente a los intereses comerciales, financieros e industriales de las élites económicas de los países más ricos, es decir, se maneja principalmente una economía de empresa.

La privatización de cuantiosas instituciones a nivel mundial generó el auge de empresas privadas que por esencia no asumen la responsabilidad social que tenía el Estado. Aunado a esto, las empresas nuevas se dedican principalmente a la innovación tecnológica en donde eventualmente su objetivo no es el bienestar medioambiental o social y en caso de que así sea, dicha tecnología resulta ser excesivamente cara y poco accesible para la mayoría de la población.

Para ejemplificar, se utilizará el ranking *Forbes Global 2000* realizado por *Forbes* en el año 2016. Las variables que se toman en cuenta son: el nivel de ingresos, utilidades, activos y valor de mercado de cada empresa. La lista cuenta con 2,016 empresas de 63 países que en conjunto representan ingresos por 35 billones de dólares, 2.4 billones en ganancias, 162 billones en activos y tienen un valor de mercado

combinado de 44 billones de dólares.⁴⁴ El Top de las 20 empresas más poderosas es el siguiente:

Tabla 5. Top 20 de las empresas más poderosas.

	Empresa	País	Industria
1	Industrial & Commercial Bank of China (ICBC)	China	Banca
2	China Construction Bank	China	Banca
3	JPMorgan Chase	Estados Unidos	Banca
4	General Electric	Estados Unidos	Conglomerado
5	Exxon Mobil	Estados Unidos	Petróleo y Gas
6	HSBS Holdings	Reino Unido	Banca
7	Royal Dutch Shell	Holanda	Petróleo y Gas
8	Agricultural Bank of China	China	Banca
9	Berkshire Hathaway	Estados Unidos	Financiera
10	PetroChina	China	Petróleo y Gas
11	Bank of China	China	Banca
12	Wells Fargo	Estados Unidos	Banca
13	Chevron	Estados Unidos	Petróleo y Gas
14	Volkswagen Group	Alemania	Automotriz
15	Apple	Estados Unidos	Cómputo
16	Wal-Mart Stores	Estados Unidos	Retailing
17	Gazprom	Rusia	Petróleo y Gas
18	BP	Reino Unido	Petróleo y Gas
19	Citigroup	Estados Unidos	Banca
20	Petrobras, País: Brasil, Industria: petróleo y gas	Brasil	Petróleo y Gas

Fuente: Elaboración propia con datos de *Forbes Global 2000*, disponibles en:

<https://www.forbes.com.mx/las-empresas-mas-grandes-del-mundo-2016/>

Como se observa en la tabla, Estados Unidos cuenta con la mayor cantidad de empresas, seguido por China; siendo las principales industrias la banca y el petróleo y el gas. No obstante en su totalidad, Estados Unidos cuenta con 543 miembros, seguido por Japón con 251 miembros y en tercer lugar China continental con 136 miembros. Por su parte Europa no se ha logrado recuperar completamente de la crisis financiera de 2008 y únicamente cuenta con 22 empresas y sólo el 17% de la capitalización del

⁴⁴ Steve Schaefer, Forbes México, *Las empresas más grandes del mundo en 2016*, [en línea], México, 25 de mayo de 2016, Dirección URL: <https://www.forbes.com.mx/las-empresas-mas-grandes-del-mundo-2016/>, [consulta: 03 de agosto de 2017].

mercado general. Es importante resaltar que hay once países con sólo una empresa como Nueva Zelanda, la República Checa y Vietnam.⁴⁵

Los bancos y servicios financieros diversificados siguen dominando la lista y suman 469 empresas. Las siguientes tres industrias son el petróleo y gas con 124 empresas, materiales con 122 empresas y aseguradoras con 109 empresas.⁴⁶ Finalmente, tomando en cuenta el valor de las 10 primeras empresas mencionadas se puede comprar con el producto interno bruto de los 180 países más pequeños del planeta en donde podemos encontrar a Irlanda, Indonesia, Israel, Colombia, Grecia, Sudáfrica y Vietnam.⁴⁷

El oligopolio empresarial junto a las demás consecuencias políticas, sociales y económicas que ha tenido el neoliberalismo se han encargado de homogeneizar el mercado convirtiendo ciertos bienes dominantes en elementos determinantes dentro de la civilización industrial, dejando de lado la satisfacción de necesidades y la calidad de vida, afectando principalmente la esfera medioambiental.

5) Problemática medioambiental.

El auge del neoliberalismo en la década de los ochenta detonó el deterioro medioambiental principalmente debido a que los intereses de los grupos ricos y poderosos de la sociedad no coinciden con la conservación y cuidado del medio ambiente. La desregulación económica permitió que las élites transnacionales tuvieran injerencia directa en la explotación y extracción de recursos naturales, haciendo accesibles nuevas zonas para la explotación y causando daños irreversibles en el entorno. En este sentido, la producción se ha convertido en una forma de poder social, con el fin de satisfacer nuestras necesidades materiales.

Actualmente la satisfacción de necesidades se basa en el crecimiento económico continuo, lógica que para los recursos naturales brindados por el planeta resulta insostenible. El deterioro medioambiental ha traído consecuencias en diferentes esferas: la creciente deforestación, erosión y desertificación que provocan la

⁴⁵ *Ídem*

⁴⁶ *Ídem*

⁴⁷ Sandro Pozzi, "10 empresas más grandes que 180 países", [En línea], España, *economía.elpaís.com*, 30 de septiembre de 2016, Dirección URL: https://economia.elpais.com/economia/2016/09/29/actualidad/1475150102_454818.html, [Consulta: 05 de agosto de 2017]

agricultura, la ganadería y la urbanización; la escasez alimentaria; la extinción acelerada de especies animales, vegetales y microorganismos; el envenenamiento del aire, la tierra, los ríos y los lagos; la alteración de ecosistemas, las condiciones climáticas extremas y los constantes riesgos a la sociedad por desastres naturales extremos de mayor duración.⁴⁸

La tabla siguiente arroja datos y cifras en esferas específicas que nos ayudan a visualizar la dimensión de la problemática medioambiental causada por las actividades humanas:

Tabla 6. Esferas medioambientales afectadas.

Esfera	Datos
Agua	<ul style="list-style-type: none"> • La escasez de agua afecta al 40% de las personas en el mundo y se proyecta que esta cifra aumente.
Bosques y desertificación	<ul style="list-style-type: none"> • Se estima que se han perdido 5,2 millones de hectáreas de bosques en el año 2010, un área del tamaño aproximado de Costa Rica. • Cada año se pierden 12 millones de hectáreas (23 hectáreas por minuto) como consecuencia de la sequía y la desertificación. • El 74% de los pobres se ven directamente afectados por la degradación de la tierra a nivel mundial.
Diversidad biológica	<ul style="list-style-type: none"> • Están disminuyendo las especies en general, tanto en sus cantidades como en su distribución, lo que significa que están cada vez más bajo amenaza de extinción. • De las 8300 razas animales que se conocen, el 8% está compuesto por especies extinguidas y el 22% por especies en peligro de extinción. Se considera en extinción el 26% de 5.500 mamíferos, 13% de 10.400 aves, 41% de 6.000 anfibios, 33% de 845 corales de arrecife y 63% de 340 cícadas.

⁴⁸ Organización de las Naciones Unidas, *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2015*, [en línea], Nueva York, 2015, Dirección URL: http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf, [Consulta: 08 de agosto de 2017]

Emisiones de CO2	<ul style="list-style-type: none"> • Las emisiones de dióxido de carbono a nivel mundial se han incrementado en más de 50% desde 1990. • El aumento de las emisiones globales se ha acelerado, elevándose en un 10% en el período de 1990 a 2000 y en un 38% en el período 2000-2012, debido en gran medida al crecimiento en las regiones en desarrollo. • Toneladas métricas de emisiones de CO2 per cápita, 2013. Dentro de los países que tienen más emisiones de CO2 podemos encontrar a: Estados Unidos (16.4%), Arabia Saudí (17.9%) y Australia (16.3%).
Energía	<ul style="list-style-type: none"> • La energía es el factor que contribuye principalmente al cambio climático y representa alrededor del 60% de todas las emisiones mundiales de gases de efecto invernadero. • Consumo de energía eléctrica (kWh per cápita) 2013. Dentro de los países más destacables en este rubro encontramos a Estados Unidos (12,998%) y Australia (10,122%). Mientras que, países en desarrollo resultan consumir menos.
Océanos	<ul style="list-style-type: none"> • La sobreexplotación de las poblaciones de peces marinos ha llevado al descenso en el porcentaje de aquéllas que se encuentran dentro de los límites biológicos seguros, desde 90% en 1974 a 71% en 2011. • El 40% de los océanos del mundo se ven afectados por las actividades humanas: se han calentado, la cantidad de nieve y de hielo ha disminuido, y ha subido el nivel del mar. Entre 1901 y 2010, el nivel medio del mar aumentó 19 cm, pues los océanos se expandieron debido al calentamiento y al deshielo.

Fuente: Ambos cuadros fueron realizados con información de la ONU. Disponibles en: http://coordinadoraongd.org/wp-content/uploads/2016/03/Informe_UNU_ODS.pdf y http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf

El equilibrio o conservación de cada una de las esferas mencionadas resulta indispensable para detener la destrucción medioambiental que se ha ido gestando a través de los años. El deterioro se ha ido incrementando exponencialmente conforme pasan los años. Un ejemplo de esto resulta ser las emisiones de CO2 que de 1990 a 2000 únicamente aumentaron 10%, sin embargo, en los 12 años siguientes aumentaron 38%, triplicando el daño.

Además de los daños ocasionados al medio ambiente, la vida del ser humano también se encuentra constantemente amenazada. Ana Esther Ceceña nos dice: “Esta lucha por [...] por dominar la naturaleza e incluso intentar sustituirla de manera artificial, ha provocado la desaparición de un enorme número de especies, desequilibrios

ecológicos y climáticos mayores y ha puesto en riesgo la extinción la propia humanidad.”⁴⁹ De acuerdo a datos emitidos por la ONU, entre 2005 y 2015 más de 700,000 personas perdieron la vida a consecuencia de los desastres naturales dentro de los que encontramos: terremotos, inundaciones, deslizamientos de tierra, sequías, incendios forestales, ciclones tropicales, tsunamis y erupciones volcánicas.⁵⁰ Si bien es cierto que no son una consecuencia directa de la actividad humana, el cambio climático ha ocasionado que a partir de 1960 se presente el aumento de ocurrencia, severidad e intensidad.

Finalmente, la ONU espera que en los próximos dos decenios más personas se sumen a la clase media en todo el mundo, aumentando así la demanda y explotación de recursos naturales, la emisión de gases de efecto invernadero y ampliando cada vez más la brecha de desigualdad entre clases sociales, obligando a las más afectadas a buscar mejores oportunidades fuera de su territorio.

6) Vulnerabilidad social.

Definitivamente el mayor impacto de las políticas neoliberales se ha producido en la esfera social, siendo la clase baja la más afectada, ya que vincula directamente sus medios de vida a los recursos naturales. El aumento de la pobreza, la miseria, la inseguridad, la desigualdad y la polarización social son algunas de las consecuencias que podemos observar cotidianamente a nivel mundial. Los índices de hambruna, migración y la enorme brecha social entre clases demuestran que si bien se han buscado soluciones y alternativas no han sido suficientes.

Como consecuencia de la destrucción ambiental la problemática alimentaria sigue teniendo cifras alarmantes. Es cierto que los índices de hambruna alrededor del mundo han disminuido en los últimos años, sin embargo, alrededor de 842 millones de personas en el planeta no comen lo suficiente y la mayoría (780 millones) se encuentran en países en desarrollo.⁵¹ Aunado a esto es importante comprender que asegurar el

⁴⁹ Ana Esther Ceceña, “Postneoliberalismo o cambio civilizacional” en Theotonio Dos Santos. América Latina y el Caribe: Escenarios posibles y políticas sociales. Montevideo, Uruguay. UNESCO y FLACSO, 2011, p. 125.

⁵⁰ UNISDR, *Marco de Sendai Para la Reducción del Riesgo de Desastres*, Nueva York, Naciones Unidas, 2015, p. 10

⁵¹ Página de Naciones Unidas para los Objetivos de Desarrollo del Milenio, *Podemos erradicar la pobreza. Objetivos de desarrollo del milenio y más allá de 2015*, Disponible en: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/poverty.shtml>

acceso a alimentos nutritivos, suficientes y de calidad es fundamental para la vida, el desarrollo y el bienestar personal. Las personas que no consumen los nutrientes suficientes reflejan, entre otras cosas, problemas de desnutrición, bajo desempeño y enfermedades.

Es importante subrayar que la producción de alimentos es suficiente para satisfacer la demanda global, no obstante, la mala distribución, el difícil acceso, el poco aprovechamiento y la nula estabilidad en el tiempo impiden que las cifras de hambruna disminuyan. Mientras que cada año se desperdician 3,000 millones de toneladas de alimentos, casi 1,000 millones de personas están subalimentadas y otros 1,000 millones padecen hambre.⁵² Principalmente, las personas que dependen directamente de los recursos naturales han disminuido la capacidad de adquirir alimentos por la degradación de la tierra, la disminución de la fertilidad de los suelos, el uso insostenible del agua, la sobrepesca y la degradación del medio marino.

Ejemplificando lo anterior, en las regiones en desarrollo: es cuatro veces más probable que los niños de los hogares más pobres no asistan a la escuela que los de los hogares más ricos; las tasas de mortalidad de menores de 5 años son casi dos veces más altas para los niños en los hogares más pobres, que para los niños en los hogares más ricos; en las zonas rurales, solo el 56% de los nacimientos recibe atención de personal de salud capacitado, en comparación con el 87% en zonas urbanas; 57 millones de niños en edad de asistir a la escuela primaria no lo hacen y nos 16.000 niños mueren cada día antes de cumplir los 5 años, la mayoría por causas prevenibles.⁵³ Esto ha traído como consecuencia la búsqueda de medios para sobrevivir en otros territorios, aumentando los índices de migración alrededor del mundo.

En relación con la crisis migratoria contemporánea, la gente de los países más afectados por la implementación de las políticas neoliberales está abandonando su lugar de origen en busca de mejores oportunidades de crecimiento y supervivencia. Dentro de las principales razones que llevan a una persona a tomar la decisión de irse de su territorio encontramos que los conflictos siguen siendo la mayor amenaza al

⁵² *Idem*

⁵³ Organización de las Naciones Unidas, *Op. Cit.*, p. 35

desarrollo humano. Para fines de 2014, los conflictos habían forzado a casi 60 millones de personas a abandonar sus hogares, un promedio de 42.000 personas por día se vieron forzadas a abandonar sus hogares y a buscar protección debido a los conflictos, tales como las de Iraq, Nigeria, Pakistán, Sudán del Sur, la República Democrática del Congo, la República Árabe Siria y Ucrania.⁵⁴ No obstante no hay que dejar de lado el caos ambiental, la falta de oportunidades económicas, los conflictos culturales y la inseguridad.

A continuación se muestra una tabla con los índices de migración neta, que corresponde a la cantidad total de inmigrantes menos la cantidad anual de emigrantes, incluidos los ciudadanos y los no ciudadanos.⁵⁵

Tabla 7. Índices de migración neta.

	2007	2012
Alemania	31, 640	1,249,998
Bélgica	267, 204	269, 998
Canadá	1, 229, 905	1, 145, 721
Colombia	-143, 000	-144, 998
Estados Unidos	5, 070, 253	5, 007, 887
Francia	480,787	331,555
México	-409, 596	-523,585
Luxemburgo	42, 279	48, 704
Holanda	55, 674	110, 006
Reino Unido	1, 523, 939	900, 000
Suiza	344,872	382,267

Fuente: Elaboración propia con datos de Banco Mundial, disponibles en:

<https://datos.bancomundial.org/indicador/SM.POP.NETM?end=2012&start=2012&view=map>

Podemos observar en países como Alemania, Suiza, Bélgica, Luxemburgo y Colombia los índices de migración aumentaron. Alemania pasó de recibir 31, 640 personas en 2007 a recibir 1, 249, 998 en 2012; por su parte Holanda pasó de recibir 55, 674 personas a 110, 006, duplicando la cantidad en 5 años. Estas cifras resultan no ser proporcionales al aumento que hubo por ejemplo en Suiza que de recibir 344, 872

⁵⁴ ACNUR, *Tendencias Globales. Desplazamiento forzado en 2015. Forzados a huir*, [en línea], 68 pp, Dirección URL: <http://www.acnur.es/PDF/TendenciasGlobales2015.pdf>, [consulta: 15 de agosto de 2015]

⁵⁵ Banco Mundial, *Índice de Migración Neta*, disponible en: <https://datos.bancomundial.org/indicador/SM.POP.NETM?end=2012&start=2012&view=map>

personas en 2007 recibió a 382, 267 personas en 2012. En Reino Unido, Estados Unidos y Francia los índices de migración bajaron, ya que los tres países recibieron menor cantidad en el 2012 que en el 2007; destacando el caso de Reino Unido que pasó de recibir 1, 523, 939 a 900,000 personas. El caso de España resulta controversial ya que de recibir a 2, 250,005 personas en 2007, pasó a números negativos con un total de -593,069 que abandonaron el país. Finalmente, México aumentó el número de personas que abandonaron el país.

Sin embargo, la problemática principal no radica en el abandono del territorio, sino en la separación de las familias, el alto índice de “fuga de cerebros”, las pocas oportunidades que encuentran en los lugares a los que llegan, la xenofobia, la precarización laboral ofrecida y la inseguridad y violencia que padecen durante el trayecto. La discriminación a las personas vulnerables se ve altamente influenciada por el concepto de individualización. Al privatizar las instituciones gubernamentales de tinte social, aunado al axioma de competencia que maneja el neoliberalismo la gente que no triunfa es mal vista por aquéllos que resultan ser exitosos y productivos para el sistema. En este sentido Juan Arancibia Córdoba nos dice que:

Cuando el Estado producía y conducía, había responsabilidad pública y demandas colectivas. Al privatizarse desaparecen o tienen a desaparecer las responsabilidades públicas [...] y las demandas colectivas se restringen o tratan de deslegitimarse. Las responsabilidades se privatizan e individualizan, cada uno es responsable de tener o no tener, de poder comprar o de no hacerlo; los pobres [...] tienden a ser considerados como unos fracasados y unos estorbos que afean y estorban la modernización y la democratización [...]. Son reemplazados por los consumidores.⁵⁶

La ideología de mercado acapara el lenguaje de tal forma que el incentivo de la competitividad exigido por el mercado, el auge del consumo de bienes materiales, el “darwinismo social” en donde el más apto es el que triunfa y el respeto a la individualidad frente al Estado ha resultado en apatía política e individualización dejando de lado la idea comunitaria de apoyo al vulnerable. La racionalidad está enfocada en función de los costos y beneficios, de ganar lo más posible perdiendo lo

⁵⁶ Juan Arancibia Cordova , *Op. Cit.*, p. 43

mínimo convirtiendo a los sujetos en instrumentos de intereses particulares y en consumistas-acumuladores.

7) Hegemonía de la ideología del consumo.

Finalmente, en la esfera psicosocial la implementación de las políticas neoliberales ha dejado que la ideología basada en la satisfacción de necesidades a través del consumo masivo, domine. La racionalización está basada en ganar lo más posible a cambio de perder lo menos, supuesto que ha llevado en un primer momento a la mercantilización de la vida. Todo se puede vender y comprar, incluyendo aquello que se creía impensable, como la dignidad humana en el caso del suicidio asistido en Dignitas.

Siguiendo esta línea, la sociedad resulta ser visualizada como un mercado y los individuos como eternos competidores. Sin embargo, ¿en qué se basa esta competencia? Si bien la finalidad del ser humano es satisfacer sus necesidades para ser feliz, el fenómeno consumista tiene como característica la inmediatez. La competencia basada en el consumo masivo para demostrar éxito y crecimiento ante los demás individuos de la sociedad únicamente funge como variable para afirmar su pertenencia a un grupo social.

En este sentido la mercantilización engendra una demanda ilimitada siempre en busca de la satisfacción de necesidades, situando el consumo en el terreno del deseo y no de la necesidad. La ostentación reemplaza la satisfacción que se obtiene del objeto. El mercado se volvió un fin en sí mismo, razón por la cual el precio de las cosas se impuso sobre su valor de uso y por lo tanto la cantidad importó más que la calidad.

La cultura del hiperconsumo impera y sus principales características corresponden a lo efímero y a lo vano. Diversos autores como Bauman, Zizek, Ulrich Beck, Lipovestky; coinciden en que la sociedad se ha volcado hacia un hedonismo consumista, principalmente de mercancías en donde se antepone como condición el “tener” al “ser”. Y en donde realmente sólo se tiene una concepción de vacío y se llena con la ideología del consumo, del mercado, de la competencia que alimenta el espíritu e incentiva la demanda. La libertad comienza a vislumbrarse como la capacidad de obtener algún producto/servicio inmediatamente.

Brennan Marshall nos dice:

Las masas no tienen “yo”, ni “ello”, sus almas están vacías de tensión interior o dinamismo: sus ideas, necesidades y hasta sus sueños “no son suyos”; su vida interior está “totalmente administrada”, programada para producir exactamente aquellos deseos que el sistema social puede satisfacer, y nada más. Las personas que reconocen en sus mercancías; encuentran su alma en su automóvil, en su casa de varios niveles, en el equipamiento de su cocina.⁵⁷

Con esta cita podemos entonces abordar el tema de los bienes y satisfactores en torno a las necesidades contemporáneas. Manfred Neef nos menciona que “cada necesidad puede satisfacerse a niveles diferentes y con distintas intensidades. Más aún, se satisfacen en tres contextos: a) en relación con uno mismo, b) en relación con el grupo social, y c) en relación con el medio ambiente.”⁵⁸ Cabe destacar que la ideología gestada desde la época neoliberal enfatiza la satisfacción en relación con uno mismo, más que con algún grupo social o con el entorno.

Bauman nos dice al respecto que:

Además de tratarse de una economía del exceso y los desechos, el consumismo es también, y justamente por esa razón, una economía del engaño. Apuesta a la irracionalidad de los consumidores, y no a sus decisiones bien informadas tomadas en frío; apuesta a despertar la emoción consumista, y no a cultivar la razón.⁵⁹

Siguiendo esta línea, la velocidad con que la producción y diversificación de los bienes ha sobrepasado la dependencia del ser humano en torno a ellos. Los bienes ya no se utilizan como satisfactores, sino como fines en sí mismos.

A manera de conclusión podemos observar que el resultado ha sido un mundo que en busca de la acumulación sólo ha traído escasez: medioambiental, económica, social, espiritual y cultural. El afán de lucro lleva a tomar al ser humano, la naturaleza y el dinero como valores de cambio, destruyendo la vida, enfermando al ser humano e

⁵⁷ Brennan Marshall, *Todo lo sólido se desvanece en el aire: la experiencia de la modernidad*, México, Siglo XXI, 1989, p. 15

⁵⁸ Manfred A. Max Neef et al., *Desarrollo a Escala Humana. Conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones*, [en línea], Santiago de Chile, Madrid, marzo de 2010, Dirección URL: https://www.max-neef.cl/descargas/Max_neef-Desarrollo_a_escala_humana.pdf, [consulta: 16 de mayo de 2017] p. 42

⁵⁹ Zygmunt Bauman, *La cultura en el mundo de la modernidad líquida*, México, Fondo de Cultura Económica, 2013, p. 11

impulsando la constante insatisfacción emocional, intelectual, física, económica, etcétera; que muchas veces llega al suicidio o al padecimiento de enfermedades contemporáneas.

1.4 Concepto y características del suicidio, eutanasia y suicidio asistido

1.4.1 Suicidio

El suicidio ha sido considerado como un rasgo característico de la modernidad y ha resaltado como uno de los males del último siglo. Actualmente es reconocido como un problema de salud a nivel mundial ya que se estima que cerca de 800 000 personas se suicidan cada año, es decir, una persona cada 40 segundos, siendo la segunda causa principal de defunción entre personas de 15 a 29 años de edad.⁶⁰ No obstante, este hecho se ha presentado desde que la humanidad misma existe sin importar cultura, ideología, religión, ni forma de organización social o política. La perspectiva, la forma de estudio y la concepción a nivel social e individual ha ido cambiando conforme la sociedad misma lo ha hecho.

Con base en la división histórica que realiza el autor Alejandro Águila sobre la concepción del suicidio en distintas etapas y culturas podemos desglosar las principales características, resaltando la cosmovisión de algunos exponentes de la época. Desde una perspectiva no eurocéntrica es importante subrayar que:

Los galios consideraron razonable el suicidio por vejez, muerte del cónyuge o del jefe o por enfermedad grave o dolorosa. De igual forma, para los celtas, hispanos, vikingos y nórdicos, la vejez y la enfermedad eran causas razonables para cometerlo. En China (1800 a.C.), se llevaba a cabo por lealtad; en Japón se trataba de un acto ceremonial por expiación o por derrota; y en India por motivos litúrgicos o religiosos, así como por la muerte del cónyuge. [...].⁶¹

Si bien la práctica del suicidio es tan antigua, se acuñe la utilización del término “suicidio” por primera vez al abate Desfontaines en 1737. Se incluye en la Academia Francesa de la Lengua hasta 1762 como “el acto del que se mata a sí mismo” y se comienza a abordar su estudio hasta el siglo XIX gracias a los avances en el conocimiento científico.

El análisis y debate sobre el suicidio se ha cuestionado desde la perspectiva filosófica, social, médica por medio de la psiquiatría, antropológica y psicológica. Desde la Edad Media hasta el final de la Revolución Francesa se consideraba un delito grave

⁶⁰ Organización Mundial de la Salud, *Suicidio*, [en línea], Marzo 2017, Dirección URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>, [Consulta: 30 de mayo de 2017]

⁶¹ Alejandro Águila Tejeda, *Suicidio la última decisión*, México, Editorial Trillas, 2011, pp. 17-18

en la mayoría de los países de Europa Occidental. El caso de Inglaterra resulta ser un claro ejemplo de la estigmatización del suicidio al ser uno de los últimos países europeos en despenalizarlo, considerándolo un crimen hasta 1961.

En Grecia en la etapa clásica el suicidio podía ser glorificado por ser un acto de sabiduría, reduciéndolo a ser privilegio de los filósofos o repudiado de la forma más absoluta, al visualizarlo como una ofensa contra el Estado. A los suicidas se les negaba el entierro en los lugares convencionales y se mutilaba el cuerpo. Sócrates aborda el suicidio desde la filosofía como un atentado contra los dioses, únicos dueños de la vida, sin embargo, reconoce que la muerte es una liberación para el alma. Por su parte Platón no sólo lo aborda como un acto contra los Dioses, sino también contra el orden social establecido, como si pusiera en peligro el *status quo* al transgredir normas legales, religiosas y políticas. Pero lo ve lícito para personas a la que el destino le haya impuesto una vergüenza tal que le sea imposible la vida; finalmente Aristóteles argumenta un problema sociopolítico al ser un acto de cobardía personal que va en contra de la *polis* por lo que justifica que los suicidas y sus familiares pierdan algunos derechos.⁶²

Por el contrario, Séneca resulta ser el defensor más representativo del derecho al suicidio. Considera que la vida es potestad del individuo, por lo que propone el suicidio como una salida honrosa a una vida infructífera y dolorosa.⁶³ Se acepta siempre y cuando haya ausencia de los medios de subsistencia que imposibiliten el normal funcionamiento biológico y/o se tenga una enfermedad incurable o dolor insoportable. Es importante resaltar que es el primero en considerar la vida como facultad del individuo y no de los Dioses o de la sociedad.

En la República Romana la concepción del suicidio era movido por la superstición y se inmolaban para aplacar la ira de los Dioses. No obstante, el listado de causas legítimas incluía: escapar de las tropas vencedoras, el disgusto por la vida, tener una enfermedad incurable, la vergüenza de ser un deudor insolvente, la locura en sus diversas manifestaciones y los ultrajes inferidos al honor. Los suicidios ilegítimos eran para librarse de una condena. Las leyes eran favorables al suicida si era debido a alguna de éstas causas. Pero eran muy rigurosas con los intentos de suicidio de los

⁶² Miguel Clemente Díaz, *Suicidio, una alternativa social*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1996, p. 20.

⁶³ *Ibidem*, p. 21

soldados, los esclavos o personas acusadas de delitos.⁶⁴ Por primera vez se habla de problemas económicos y un sentido de locura.

Durante la Edad Media los suicidios fueron reprobados en Europa debido al dominio ideológico de las creencias religiosas y a la legislación canónica; sobre el Estado y la sociedad pues ésta declaraba infames a los suicidas alegando enajenación mental a quien realizara el acto.⁶⁵ Se consideraba un pecado por ser un hecho en contra de la voluntad de Dios. Santo Tomás de Aquino lo describe como:

[...] un acto contra la naturaleza, y contraviene el amor natural que cada uno siente por sí mismo, así como el impulso de conservación. Es, como había dicho Aristóteles, un acto contra la sociedad, la comunidad, o el estado [sic], pues se le priva de uno de sus miembros y de los posibles beneficios que puedan rendirse. Peor también, y sobre todo, un acto contra Dios, que ha dado la vida al hombre.⁶⁶

Se atenta contra sí mismo, contra la naturaleza, la sociedad y Dios. En el caso específico del cristianismo, la condena desapareció hasta 1980 aunque actualmente sigue sin ser aceptado.

En el Renacimiento, el suicidio en Europa Occidental seguía condenado como un acto vil, en Francia del siglo XVII, el cadáver del suicida era arrastrado por las calles con la cabeza colgando hacia abajo para posteriormente arrojarlo a la basura. En Inglaterra, los familiares del suicida sufrían la confiscación de sus propiedades. Al muerto se le clavaba una estaca en el corazón y se le enterraba en un cruce de caminos. Posteriormente la tentativa de suicidio sería juzgada como un delito, y hasta 1961 podía encarcelarse a las personas que lo intentaran.

No es hasta la Revolución Francesa en 1789 cuando comienza a gestarse un cambio en la concepción del suicidio. A partir de este momento comenzaron a desaparecer de las legislaciones europeas los castigos para los suicidas gracias a La Declaración de los Derechos del Hombre.⁶⁷ A finales del siglo XVIII con la Ilustración

⁶⁴ María Elene Berengueras, *Suicidio por identificación proyectiva y diversas teorías suicidas*, México, Juan Pablos Editor, Universidad Autónoma del Estado de Morelos, 2009, p. 44.

⁶⁵ Miguel Clemente, *Op. Cit.*, p. 20

⁶⁶ *Ibidem*, p. 21

⁶⁷ Alejandro Águila, *Op. Cit.*, p. 21

el suicidio pasó a ser de un dilema moral o filosófico, a uno médico, en donde se vislumbra la dimensión patológica, individual y social; comenzando su estudio desde la psiquiatría.

En el siglo XVIII se inicia la visión del suicidio como una enfermedad mental. Esquirol es el principal exponente y lo atribuye a una enfermedad o reacción del cualquier síntoma psicópata o delirio agudo. En la misma esfera en el siglo XIX, Jousset y Moreau, elaboran una clasificación del suicidio, que distingue el suicidio maniático (fruto de alucinaciones o delirios), el melancólico, el obsesivo y el impulsivo o automático; siendo la primera clasificación institucionalizada y regida meramente por su interpretación médica.

En el siglo XX, Durkheim desde la sociología defiende que el suicidio es un efecto de la estructura social, en cuanto ésta se fundamenta en la reglamentación y/o cohesión social. Señala que la sociedad es el marco, instrumento y modelo de desarrollo de los sujetos, quien directa o indirectamente orienta a los mismos hacia el suicidio, por cuanto no es capaz de vincular a los sujetos a la vida a través de ella.⁶⁸ En este sentido, distingue tres tipos de suicidio:

El egoísta es consecuencia de la falta de integración social. La sociedad es disgregada y con poca o nula cohesión social. La sociedad tiene tintes excesivos de individualización y egocentrismo; **el altruista** se encuentra relacionado con estructuras rígidas en las que el individuo mantiene un código de deberes muy severos dentro del grupo en relación con la exigencia moral. El sujeto se encuentra integrado y subordinados excesivamente a la voluntad colectiva; y **el anómico** se da cuando el quebrantamiento de los valores sociales lleva a una desorientación individual, perdurando una falta de significado en la vida. Asigna expectativas y medios de logro sociales, se liga directamente con la necesidad de bienestar y realización de los individuos y los límites socialmente impuestos a cada grupo social; variando en función del estatus socioeconómico.⁶⁹

El suicidio como efecto de la estructura social rompe los paradigmas que hasta entonces se habían planteado. Esta postura en particular nos ayuda a comprender el

⁶⁸ Emile Durkheim, *El suicidio*, Séptima Edición, Ediciones Coyoacán, México, 2002, pp. 114

⁶⁹ *Ibidem*, pp. 115- 150

aumento de la tasa de suicidios en el último siglo. Destacando las características de la modernidad como: el individualismo, el universalismo, la asignación de status, el progreso y la autonomía individual. Aunado a esto, las consecuencias del neoliberalismo como la constante competencia y la ideología del consumo han resultado en la poca o nula cohesión social.

A finales del siglo XX, desde la perspectiva médica-psicológica en la Clasificación Internacional de Enfermedades, se incluyó dentro de la categoría de suicidio el suicidio consumado (muerte autoinflingida con pruebas de que la persona tenía intención de morir), la tentativa de suicidio (conducta autodestructiva sin desenlace mortal, con pruebas de que la persona tenía la intención de morir), ideación suicida (pensamientos acerca de cómo provocarse la muerte) y las lesiones autoinflingidas intencionadas (son actos voluntarios lo que tienen la finalidad de lesionarse, destruirse o dañarse uno mismo, pero sin intención de morir).

Si bien la percepción del suicidio ha ido cambiando con el paso de la historia, contamos con los elementos suficientes para abordar el concepto desde una perspectiva multidisciplinaria, entendiendo que el suicidio tiene diversos orígenes y que las variables individuales, psicosociales, el entorno inmediato y la sociedad en general juegan un papel decisivo.

El término “suicidio” tiene su origen en el latín y se compone de dos términos: *sui* que significa “a sí mismo”, y *caedere* que es “matar”. Sin embargo, deja de lado la intencionalidad que define el acto del suicidio.

Emile Durkheim nos dice que el suicidio es: “todo caso de muerte que resulte, directa o indirectamente, de un acto, positivo o negativo [acción u omisión], realizado por la víctima misma, a sabiendas del resultado.”⁷⁰ Cabe destacar en esta definición que la persona que realiza el acto está totalmente consciente de las consecuencias del mismo y su intención es dejar de vivir.

Desde una perspectiva médica la Organización Mundial de la Salud define el suicidio como: "todo acto por el que un individuo se causa a sí mismo una lesión, o un

⁷⁰ Emile Durkheim, *El suicidio*, Séptima edición, ediciones Coyoacán, México, 2002, p. 5

daño, con un grado variable de la intención de morir, cualquiera sea el grado de la intención letal o de conocimiento del verdadero móvil".⁷¹

Finalmente, el autor Miguel Clemente desde una perspectiva psicológica nos dice que:

El suicidio es el efecto de un conflicto entre el individuo y su existencia y realidad sociales, que le provoca una desmotivación para vivir, y/o se percibe irreconciliable con dicha realidad, siendo la misma mucho más fuerte que él. Ante la falta de refuerzo existencial, su vínculo se va deteriorando, lo que provocaría exclusiones parciales, despojo de ciertos roles, así como confrontaciones con la realidad estipulada que actúan como refuerzo de su actitud de elusión social, hasta que en un momento dado el sujeto decide excluirse totalmente dándose muerte, tras haber visto superados sus recursos y capacidades de intervención y afrontamiento.⁷²

Es así como desde mi formación como internacionalista y para los fines de esta investigación, puedo definir al suicidio como:

Acto u omisión de quitarse la vida como consecuencia de algún malestar o conflicto multidimensional que trastoca todos los esquemas de vida imposibilitando la significación de la realidad y la capacidad de asumir las reglas sociales dictadas por el orden social e internacional. Encontrando en la muerte un medio y solución para terminar con su sufrimiento físico y/o mental ejerciendo el pleno derecho de la libertad sobre su propia vida frente a su entorno, reflejando la realidad inmediata y global en la que se desenvuelve.

A nivel mundial, los suicidios representan un 50% de todas las muertes violentas registradas entre hombres y un 71% entre mujeres. Con respecto a la edad, las tasas de suicidio son más elevadas entre las personas de 70 años de edad o más, tanto entre hombres como entre mujeres en casi todas las regiones del mundo. En Estados Unidos de Norteamérica el suicidio es la tercera causa de muerte entre los jóvenes, mientras que en China, Suecia, Australia y Nueva Zelanda constituye la principal causa de

⁷¹ Organización Mundial de la Salud, *Prevención del suicidio*, agosto de 2012, [en línea], Dirección URL: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/ [consulta: 28 de febrero de 2017]

⁷² Miguel Clemente, *Op. Cit.*, p. 25

mortalidad entre los adultos jóvenes, con de 100 a 200 intentos suicidas por cada suicidio consumado entre los adolescentes.⁷³

Uno de los obstáculos más grandes que enfrenta la problemática del suicidio es que se ha abordado como un problema de salud mental, enfocando las políticas de prevención en este sentido. Sin embargo, al ser un fenómeno complejo y multidimensional existen una serie de factores que no son determinantes por sí solos pero interactúan entre ellos y tienen como objetivo el fin de la vida. Con base en la división que realiza la OMS sobre los principales factores de riesgo de suicidio se elabora la siguiente tabla:

Tabla 8. Sistema de salud, factores y datos específicos de las causas del suicidio.

Sistema de salud	Factor	Datos
Comunidad	Desastres, guerras y conflictos.	Las experiencias en casos de desastres naturales, guerras o conflictos civiles pueden aumentar el riesgo de suicidio debido a las repercusiones destructivas que tienen en el bienestar social, la salud, la vivienda, el trabajo y la seguridad financiera.
	Estrés por desplazamientos y aculturación	El estrés por desplazamientos y aculturación representa un riesgo de suicidio significativo que repercute sobre varios grupos vulnerables, entre ellos pueblos indígenas, buscadores de asilo, refugiados, personas en centros de detención, personas desplazadas en su país y migrantes recién llegados. En general, lo que ocurre con el migrante es que hay una inadecuación entre las aspiraciones y los medios para lograrlas, el cambio de valores y pautas de comportamiento, la pérdida de identidad grupal y personal; el fracaso del manejo socializado de la agresividad incrementada por la frustración que para muchos implicó el cambio de vida, convirtió un proceso adaptativo en una necesidad de imperante adaptación. ⁷⁴
	Discriminación	La discriminación puede ser continua, endémica y sistémica. Puede dar lugar a sentimientos de pérdida de la libertad, rechazo, estigmatización y violencia que pueden provocar comportamientos suicidas. Un ejemplo son los índices de suicidio en la juventud de lesbianas, gays y homosexuales en Estados Unidos durante 2016 donde el 60% de la comunidad LGB se sentía desesperanzado o triste. Así como el 29.4% intentó suicidarse comparado con el 6.4% de la juventud heterosexual. ⁷⁵
	Traumas o abuso	En el caso de los jóvenes que han experimentado adversidad familiar y en la niñez (violencia física o abuso sexual o maltrato emocional, descuido, violencia familiar, separación o divorcio de

⁷³ Organización Mundial de la Salud, *Op. Cit.*

⁷⁴ María Elena Berengueras, *Op. Cit.*, p. 145.

⁷⁵ American Association of Suicidology, *Suicidal Behavior Among Lesbian, Gay, and Bisexual Youth 2016.*, Dirección URL: <http://www.suicidology.org/Portals/14/Re-Formatted%20LGB%20Youth%202016%20Fact%20Sheet.pdf?ver=2016-11-16-105952-633>

		los padres, asistencia social o institucional) corren un riesgo de suicidio mucho mayor que otros.
Relaciones	Sentido de asilamiento	<p>Cuando una persona se siente desconectada a su círculo social más próximo. Se acompaña de depresión y sentimientos de soledad y desesperación.</p> <p>Un ejemplo es la vejez, las personas de 75 años o mayores consuman el suicidio tres veces más que la población joven. Ya que resultan ser marginados de la comunidad al considerarse miembros pasivos e improductivos, cambiando la percepción de sí mismo y volviéndose vulnerables a la dinámica social.</p>
	Conflictos, disputas o pérdidas	Causan aflicción y estrés psicológico coyuntural y se asocian con un mayor riesgo de suicidio. El papel de la familia y el estado civil en el desencadenamiento del comportamiento suicida. En el WHO/EURO, se observó una mayor incidencia de suicidios en hombres y mujeres solteras, divorciadas y viudos.
Individuo	Intento previo de suicidio	<p>La existencia de antecedentes personales de intentos de suicidio en el pasado, es uno de los factores de riesgo que más claramente se asocian a la posibilidad de un futuro suicidio consumado. Típicamente, 25% de quienes intentaron una vez el suicidio, lo intentará nuevamente dentro del siguiente año y 10% lo logrará en el plazo de diez años.</p> <p>En la mayor parte de los países donde se ha estudiado el suicidio, las mujeres presentan tasas superiores de ideación suicida y de intentos de suicidio que los hombres. En el estudio WHO/EURO, se obtiene una relación mujer/hombre para los intentos de suicidio de 1,5:1. Sin embargo, los hombres realizan mayor número de suicidios consumados. Los métodos utilizados en el acto suicida varían según el sexo.</p>
	Trastornos mentales	<p>Existen ciertos estereotipos y prejuicios sobre la locura y trastornos psíquicos, que excluyen, marginan a estos sujetos no sólo de las esferas y actividades de relevancia social, sino que cuestiona su pertenencia social.</p> <p>En los países de ingresos altos hasta el 90% de quienes se suicidan tienen trastornos mentales, y el 10% restante presenta síntomas psiquiátricos semejantes a los de quienes se suicidan. La depresión está presente en al menos el 50% de los suicidios;⁷⁶ mientras que en la esquizofrenia se han descrito tasas de suicidio de hasta un 10%. En el estudio de Harris y Barraclough, encuentran en su trabajo 8,5 veces más riesgo de suicidio en pacientes esquizofrénicos que en la población general.⁷⁷</p>
	Consumo nocivo de alcohol y/o drogas	Los trastornos debidos al consumo de alcohol u otras sustancias acompañan entre un 25% y un 50% de los suicidios, y el riesgo de suicidio aumenta si el uso de alcohol u otras sustancias va acompañado de otros trastornos psiquiátricos. Un 22% de las muertes por suicidio puede atribuirse al uso de alcohol, lo cual significa que uno de cada cinco suicidios no ocurriría si la población no consumiera alcohol. La dependencia a drogas como el cannabis, la heroína o la nicotina también son riesgo de suicidio.
	Pérdida de trabajo	La pérdida de trabajo tiene tanta influencia para la persona como se le atribuya socialmente, en el sistema capitalista

⁷⁶American Association of Suicidology, *Suicide and Depression*, Dirección URL: <http://www.suicidology.org/Portals/14/docs/Resources/FactSheets/2011/DepressionSuicide2014.pdf>

⁷⁷ Alejandro Aguilar, *Op. Cit.* pp. 25-26

		específicamente en su etapa neoliberal el sistema de producción determina tu posición. Las personas menos capacitadas socialmente ocupan generalmente los lugares más bajos de la sociedad limitando sus expectativas como la calidad de vida.
	Desesperanza	La desesperanza es el paso previo a significar el suicidio como una solución permanente a un problema. Ejemplo de esto son los pacientes con VIH que tienen una alarmante frecuencia de ideación suicida, considerada según estadística en 50%. El momento de mayor riesgo es inmediatamente después de conocer el diagnóstico, lo cual es resultado de sentimientos de culpa, depresión, desesperanza y miedo a las consecuencias inmediatas. ⁷⁸
	Antecedentes familiares de suicidio	El suicidio en un familiar o un miembro de la comunidad puede ejercer una influencia particularmente perturbadora en la vida de una persona. Puede causar estrés, culpa, vergüenza, ira, ansiedad y angustia a los familiares y otros seres cercanos.
	Dolor crónico y enfermedades	Entre quienes padecen dolores crónicos se registran de 2 a 3 veces más comportamientos suicidas que en la población en general. Todas las enfermedades acompañadas de dolor, discapacidad física, deficiencia del desarrollo nervioso y angustia aumentan el riesgo de suicidio. En una encuesta realizada por Druss y Pincus en Estados Unidos un 5,5% de los encuestados realizaron un intento de suicidio, frente a un 8,9% de aquellos con una enfermedad médica y un 16,2% con dos o más enfermedades. Hay que tener en cuenta que existen enfermedades que por sí mismas se asocian a trastornos del ánimo (cáncer de mama o páncreas, epilepsia, esclerosis múltiple, traumatismos craneoencefálicos, enfermedad cardiovascular). También factores asociados a la enfermedad contribuyen al suicidio y al intento de suicidio, como por ejemplo: pérdida de movilidad, desfiguración, dolor crónico intratable, pérdida del estatus laboral e interrupción de las relaciones personales.
	Factores biológicos	En varios estudios se ha relacionado a las conductas suicidas con una disfunción del sistema serotoninérgico central que es independiente del diagnóstico psiquiátrico. Se han hallado niveles bajos de serotonina y metabolitos en el líquido cefalorraquídeo de pacientes suicidados, y además se ha establecido una relación directa entre los bajos niveles de serotonina con el escaso control de impulsos, la violencia y letalidad del acto suicida.

Fuente: Elaboración propia

En cuanto a los métodos más utilizados cabe destacar que dependen principalmente de la cultura. En el género masculino, el ahorcamiento es el método más usado, seguido por las armas de fuego; en el género femenino es el envenenamiento mediante la ingestión de barbitúricos, analgésicos y antibióticos, principalmente. Se observó que el envenenamiento por plaguicidas era frecuente en muchos países asiáticos y en

⁷⁸ María Elena Berengueras , *Op. Cit.*, p. 128.

América Latina; mientras que el ahorcamiento era el método de suicidio preferido en Europa oriental, al igual que las armas de fuego en los Estados Unidos.⁷⁹

Tabla 9. Suicidios por 100 000 habitantes del total de la población.

País	Año	Tasa de Suicidio (por 100 000 de la población)		
		Ambos sexos	Hombres	Mujeres
Alemania	2015	13.4	19.9	7.1
	2000	14.6	21.9	7.6
Bélgica	2015	20.5	29	12.4
	2000	22.6	32.5	13.2
Canadá	2015	10.4	15.3	5.6
	2000	11.2	17.4	5.1
Colombia	2015	6.0	10.1	2.1
	2000	6.2	10	2.7
Estados Unidos	2015	14.3	22.1	6.6
	2000	11.7	17.3	4.5
Francia	2015	16.9	24.7	9.4
	2000	20.2	27.5	11.8
México	2015	5	7.9	2.1
	2000	3.4	5.8	1
Holanda	2015	11.9	16	8
	2000	9.7	13	6.4
Luxemburgo	2015	8.5	12.5	3.9
	2000	13.4	20	7.4
Reino Unido	2015	8.5	13.3	3.8
	2000	8.8	13.5	4.3
Suiza	2015	15.1	20.8	9.6
	2000	20.6	28.9	12.6

Fuente: Elaboración propia con datos tomados de Organización Mundial de la Salud, <http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHSUICIDEASDR?lang=en>

Como podemos observar los países con un índice más alto de suicidios son: Bélgica, Francia y Suiza. Sin embargo, en un periodo de 15 años Alemania, Bélgica, Francia y Reino Unido han disminuido parcialmente las cifras; mientras que en México, Holanda, Canadá, Luxemburgo, Colombia y Estados Unidos ha ido aumentando. Finalmente, en todos los países abordados, la cifra de hombres que cometen suicidio es casi tres veces mayor a la de las mujeres.

De manera que, el suicidio, debe analizarse desde una perspectiva multidimensional y comprenderse como un fenómeno con causas y consecuencias individuales y, principalmente, sociales. Las repercusiones de las políticas neoliberales y del *modus vivendi* actual han materializado la marginación social e ideológica en este

⁷⁹ Organización Mundial de la Salud, *Op. Cit.*

hecho. Son las dinámicas comunitarias las que tienen efectos sobre la psique individual y éste reacciona a las necesidades psicológicas, económicas, sociales, ambientales y culturales insatisfechas impuestas por el neoliberalismo. La autora María Berengueras menciona que:

Es la manifestación de un fracaso de la sociedad hacia sus miembros, donde el suicidio de un individuo logra mostrarle sus errores. [...] el suicidio es un fenómeno de desviación social, una conducta que infringe las creencias y normas de comportamiento sostenidas por la población, que refleja un profundo desacuerdo con ciertos patrones socialmente sancionados por la comunidad. La industrialización y el estilo de vida que ésta genera favorecen la ruptura de la cohesión familiar y el quebrantamiento de los valores tradicionales, lo que lleva de manera transgeneracional a modelos patológicos de conducta.⁸⁰

El cambio que ha tenido el Estado frente a la sociedad ha generado que el sentimiento de pertenencia se desvanezca cada vez más, ya que es a través de éste que los individuos de la sociedad sienten su participación directa. El sentimiento de profunda perturbación, aunado al “sinsentido de la vida”, ha resaltado la concepción absurda de las cosas que realizamos y consumimos ya sea material o intelectualmente. El capitalismo en su etapa neoliberal ha logrado establecer una serie de reglas y modelos a seguir homogéneos, consumistas, banales y líquidos.

Tomando en cuenta las diferentes causas del suicidio, específicamente, el dolor físico causado por alguna enfermedad terminal ha tenido como resultado el debate internacional en torno a la aceptación y legalización de la eutanasia. La concepción de la libertad, la autonomía y la dignidad del ser humano son cuestionadas y priorizadas buscando una muerte digna, evitando el sufrimiento que podría causar seguir con ese estilo de vida o cometer un suicidio doloroso e inseguro.

1.4.2 Eutanasia

Al igual que el suicidio, la eutanasia ha estado presente en la historia de la humanidad con distintos alcances e interpretaciones, teniendo un uso más generalizado en la época contemporánea. En el periodo antiguo se practicaba principalmente por motivos

⁸⁰ María Elene Berengueras, *Suicidio por identificación proyectiva y diversas teorías suicidas*, México, Juan Pablos Editor: Universidad Autónoma del Estado de Morelos, 2009, p. 23

sociales y morales; en Grecia se planteaba esencialmente como un problema moral: Por una parte, filósofos como Platón y Cicerón argumentaban que era justo y necesario dejar morir dignamente a quienes no eran sanos de cuerpo; especialmente a los ancianos y personas con una enfermedad agónica. Por otra parte, Hipócrates representa una notable excepción: él prohíbe a los médicos la eutanasia activa y la ayuda para cometer suicidio. En su juramento menciona “jamás daré medicamento mortal, por mucho que me lo soliciten.”⁸¹ Actualmente, sigue siendo un argumento considerable en la esfera médica para la prohibición de la eutanasia.

En Roma, Séneca no diverge de su posición frente al suicidio ya que ve la eutanasia como una opción preferible a una vida sin sentido y con sufrimiento, “no se debe ni querer demasiado a la vida, ni odiarla demasiado, sino buscar un término medio y ponerle fin cuando la razón lo aconseje. No se trata de huir de la vida, sino de saber dejarla.”⁸² Se visualizaba más como una forma digna de morir y no de quitar la vida a pesar de que la persona que llevara a cabo la acción fuera un tercero.

En la Edad Media consecuencia del predominio del cristianismo la eutanasia es condenada por un triple motivo: atenta contra el amor a sí mismo, contra la sociedad y contra el derecho de Dios sobre la vida; por lo que el individuo no puede disponer libremente sobre su muerte. No obstante, ésta visión cambia en el Renacimiento. Su principal expositor es Tomás Moro en 1516 quien en su escrito “La Utopía”, presenta una sociedad en la que los habitantes justifican el suicidio y también la eutanasia activa, sin usar este nombre. Afirma que:

[...] si la enfermedad es incurable y va acompañada de dolores agudos y de continuas angustias, los magistrados y sacerdotes deben ser los primeros en exhortar a los desgraciados y a decidirse a morir. Les han de hacer ver cómo, no siendo ya de utilidad en este mundo, no tienen razón para prolongar una vida que corre por su cuenta y les hace insoportables a los demás.⁸³

⁸¹ Mabel Creagh Peña, *Dilema ético de la eutanasia*, Revista Cubana de Salud Pública, vol. 38, no. 1 Ciudad de La Habana, enero-marzo, 2012, pp. 150-155 Dirección URL:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000100014&lang=pt

⁸² Séneca. *Epístolas a Lucilio*. Madrid, Gredos, 1986, p. 56.

⁸³ María Elena Berengueras, *Op. Cit.*, p. 147

Es importante resaltar que debe presentarse como un acto de solidaridad al señalar a los magistrados y a los sacerdotes como la voz que incite y autorice poner fin a la vida si ésta no es grata tratando de evitar posibles abusos.

El filósofo Francis Bacon en 1623 replantea la concepción de la eutanasia y defiende que la muerte de un enfermo ayudado por el médico no constituye un problema religioso ya que es el al científico (médico) a quien le corresponde determinar cuándo un hombre enfermo debe morir o no, tomando en cuenta como requisito indispensable la voluntad del enfermo.⁸⁴ La comprensión actual de la eutanasia está ligada al desarrollo de la medicina moderna. Con la Modernidad se produjo un cambio cultura en torno a la concepción de la vida y a la dignificación de la misma, cuestionando la autonomía del individuo frente a la muerte.

En el siglo XX, el individuo es apartado de lo más humano para estar rodeado de aparatos que sostienen su vida, siendo el médico es quien asume la responsabilidad de practicar la eutanasia.⁸⁵ En 1920, la psiquiatría encabezada por Karl Binding y Alfred Hoche utiliza el término eutanasia para proponer la muerte de personas social y económicamente inadaptadas como los enfermos mentales o minusválidos. Este nuevo pensamiento generaría lo que posteriormente se denominará eugenesia, basada en el darwinismo-social. Durante la Segunda Guerra Mundial, bajo el dominio de Hitler se llevó a cabo un programa denominado “Aktion T4” (eutanasia nazi/eugenesia) basado en la eutanasia involuntaria en el cual fueron eliminadas más de 200,000 personas discapacitadas física o psiquiátricamente en nombre de la “pureza racial”.⁸⁶

Lo antes mencionado tiene como consecuencia el surgimiento de la “bioética”, rama encargada actualmente de la discusión multidisciplinaria de la eutanasia. En 1946, se llevan a cabo los juicios a médicos nazis creando un código denominado “Código de Núremberg” en donde se estipulan las normas éticas para la realización de investigaciones médicas con seres humanos. Éste código, constituye la primera

⁸⁴ Guerra, Yolanda, *Ley, jurisprudencia y eutanasia Introducción al estudio de la normatividad comparada a la luz del caso colombiano*. Revista Latinoamericana de Bioética, 13 (2), 2013, pp. 70-85, Dirección URL: <http://www.redalyc.org/pdf/1270/127030498007.pdf>

⁸⁵ María Elena Berengueras , *Op. Cit.*, p. 148

⁸⁶ Donna F. Ryan, John S. Schuchman, *Deaf People in Hitler's Europe*, Gallaudet University Press 2002, p. 62.

internacionalización y socialización, ya que es la sociedad internacional la que tiene injerencia directa en el ámbito médico y temas biomédicos.⁸⁷

Si bien la historia de la concepción de la eutanasia abre la puerta a que se convierta en un tema tabú es importante recordar los orígenes del concepto. La palabra eutanasia se acuñó en el siglo XVII y viene del griego *eu* (bien) y *thanatos* (muerte) significa la buena muerte. Siendo la base del debate actual la Doctora Asunción Álvarez del Colegio de Bioética nos brinda la siguiente definición: “[la eutanasia es] la acción que realiza un médico para producir la muerte de un paciente, sin dolor, y respondiendo a su petición para terminar con su sufrimiento intolerable.”⁸⁸ Con esta definición se pueden establecer dos factores clave: a) la eutanasia la realiza un médico, b) responde a la petición del paciente para terminar con su vida.

En el mismo sentido, la definición bioética de la eutanasia:

La eutanasia significa la inducción de la muerte sin dolor en interés del destinatario y supone la reducción de la duración de la vida de un enfermo terminal. El daño que se infringe al destinatario es la reducción de la duración de la vida: si el enfermo no es terminal, entonces no es un caso de eutanasia. Ésta fundada en el principio de que nadie debe ser cruel con los demás.⁸⁹

Especifica que tiene que ser un enfermo terminal, que no tenga ninguna forma de ayuda y la persona que lo padezca tenga un dolor inmitigable y un deseo racional de morir, para poder realizar la eutanasia.

Por su parte, Enrique Sánchez Jiménez nos dice que:

[la eutanasia se basa en] aquellas intervenciones –mediante acciones (administrar sustancias tóxicas) u omisiones (no realizar la asistencia médica necesaria)- que en consideración a una persona, buscan bien al considerar que su vida carece de la calidad mínima para que merezca el calificativo de digna.⁹⁰

⁸⁷ Derecho Internacional, *Estatuto del Tribunal Militar Internacional de Nuremberg 1945*, Dirección URL: <https://www.dipublico.org/102389/estatuto-del-tribunal-militar-internacional-de-nuremberg-1945/>

⁸⁸ Asunción Álvarez del Río, “Muerte, parte de la vida”, ponencia presentada en el Encuentro 2016, Libertad por el Saber, Pensar la Muerte, México, Colegio Nacional, domingo 16 de octubre, 2016.

⁸⁹ Vazquez Rodolfo. *Bioética y Derecho. Fundamentos y problemas actuales*. ITAM, Instituto Tecnológico Autónomo de México, Fondo de Cultura Económica, México, 1999, p. 160.

⁹⁰ Serrano Ruiz-Calderón José Miguel. *Eutanasia y vida independiente, inconvenientes jurídicos y consecuencias sociales de la despenalización de la eutanasia*. Editorial Internacionales Universitarias, España, 2001, p. 47

Con esta definición aporta dos elementos más al concepto: c) puede ser mediante acción u omisión, aquí radica la diferencia entre eutanasia activa en donde el médico realiza una acción para causar la muerte; y la eutanasia pasiva en donde no se provee de la asistencia médica necesaria para continuar con la vida; d) indignidad de la vida, en donde su situación se considera mejor morir que continuar viviendo, respondiendo a los supuestos de autonomía y libertad.

Con las definiciones mencionadas podemos entonces establecer elementos que resultan indispensable para la eutanasia. La autora Ana María Marcos del Cano menciona los siguientes:

1) Agente o sujeto activo: persona que procure la muerte al enfermo terminal, actuando por motivos de piedad o humanidad y bajo el requerimiento de aquel.

2) Paciente o sujeto pasivo: enfermo que se encuentra en una situación terminal y en perfecto conocimiento de sus circunstancias, libre y voluntariamente solicita la muerte con el fin de aliviar sus insoportables dolores.

3) Requerimiento: consiste en la solicitud o manifestación expresa de la voluntad, realizada por el enfermo terminal, dirigida a otra persona, con el objeto de que se le de muerte.

4) Conducta o acción eutanásica: acción u omisión, por medio de la cual directa o indirectamente, se provoca la muerte del enfermo terminal bajo el requerimiento de éste. Con una motivación: que el agente esté movido por impulsos de piedad, compasión o solidaridad para con el enfermo.⁹¹

Con base en el requerimiento y en la conducta eutanásica se establece la clasificación actual:

a) Eutanasia activa voluntaria: Se realiza alguna acción directa para causar la muerte, un ejemplo es inyectando alguna droga letal. Es indispensable que la persona que desea terminar con su vida realice una solicitud, generalmente escrita, para que un médico ponga fin a su vida. En muchos países es considerada como delito,

⁹¹ Ana María Marcos del Cano, *La eutanasia: estudio filosófico-jurídico*, Madrid, marcial Pons, Ediciones Jurídicas y Sociales, 1999, pp. 6-7.

con penas disminuidas siempre y cuando se acredite el carácter humanitario y la solicitud del enfermo.⁹²

b) Eutanasia pasiva voluntaria: Se realiza a través de la omisión, es decir, se rechaza continuar con algún tratamiento que puede ir desde la suspensión de un medicamento hasta retirar el suministro de oxígeno o la alimentación parenteral. Se trata de privar al individuo de esfuerzos médicos extraordinarios que podrían prolongar su vida. Nuevamente, la persona debe solicitar al médico éste procedimiento.

c) Eutanasia activa involuntaria: Eutanasia más difícil de aceptar desde la perspectiva ética y jurídica, ya que implica la realización de acciones concretas dirigidas a causar la muerte sin contar con el consentimiento del enfermo, e incluso en contra de su voluntad. Se puede aplicar a personas con una pérdida total de la capacidad para expresar su voluntad, enfermos mentales, ancianos demenciados o bebés que nacen con grandes enfermedades, y que el consentimiento recae en los familiares. El fin puede ser humanitario o satisfacer el interés de quien toma la decisión. Generalmente es ilegal.⁹³

d) Eutanasia pasiva involuntaria: busca su justificación en la intención de evitar la obstinación terapéutica que sólo llevaría a alargar el sufrimiento, especialmente en el caos de personas que han perdido totalmente la consciencia de forma irrecuperable. Generalmente es la familia quien toma la decisión y la mayoría de los casos se encuentra en personas en estado de coma.

Bajo estas especificidades, los países en donde la eutanasia es legal son: Holanda (desde 2002), Bélgica (desde 2002), Luxemburgo (2009), Canadá (2015) y Colombia (2015). Según una investigación de la Escuela de Medicina de la Universidad de Pennsylvania, la cifra de muertes por eutanasia o suicidio médicamente asistido está entre el 0.3% y 4.6% anualmente en todo el mundo. El perfil de la persona que opta por la eutanasia es de un hombre blanco, joven, no religioso y con educación avanzada en el 70% de los casos. La gran mayoría de los casos, el 92%, tenía enfermedades graves,

⁹² Íñigo Álvarez Gálvez, *La eutanasia voluntaria autónoma*, , DYKINSON, 2011, pp. 278-179, dirección URL: https://books.google.com.mx/books?id=HpcUvvy_sHUC&dq=tipos+de+eutanasia&lr=&hl=es&source=gbs_navlinks_s

⁹³ *Ibidem* p. 180

mientras que el resto tenía problemas de salud derivados de la edad, como demencia senil o problemas psiquiátricos o ambos. Alrededor de un tercio tenía 80 años o más.⁹⁴

Surge la pregunta de ¿por qué es importante hablar de eutanasia? En general, los argumentos que se presentan a favor de ambas acciones son: evitar el sufrimiento, respetar la autodeterminación de cada ser humano, impide la toma inadecuada de decisiones (como los impulsos), estrecha la relación entre médico y paciente y finalmente el respeto a la dignidad humana.

Por otra parte, dentro de los argumentos en contra podemos encontrar los religiosos, los culturales (morales), el sesgo y abuso que pueden existir en la práctica, la contradicción en torno al concepto de que el médico siempre se encarga de preservar la vida, puede existir algún error de diagnóstico y finalmente la laxitud médica.

Finalmente, el debate en torno al tema de la eutanasia y su legalización tiene importantes implicaciones sociales. Ya que abre el debate sobre la concepción de la noción teórica, ética y práctica de la compasión, la dignidad humana y sobre todo la autodeterminación del ser humano. Aunado a esto, se cuestiona la perspectiva que ha tenido la medicina de mantener con vida al paciente sin importar las condiciones. Esto ha dado pie a la participación de la sociedad civil y del Estado sobre la toma de decisiones en temas bioéticos, especialmente en la eutanasia en donde se debate el concepto de vidas carentes de valor vital. Si bien desde la Revolución Francesa se exalta y defiende el derecho a la vida, ¿por qué no debatir el derecho a la muerte?

1.4.3 Suicidio (médicamente) asistido

La eutanasia y el suicidio (médicamente) asistido pertenecen a las dos modalidades de muerte médicamente asistida aceptadas a nivel internacional. Si bien el objetivo de ayuda es causar la muerte, el segundo es más aceptado ya que deja de lado la idea de asesinato.

El suicidio (médicamente) asistido se puede definir como:

Actuación de un profesional sanitario mediante la que proporciona, a petición expresa y reiterada de su paciente capaz, con una enfermedad irreversible que

⁹⁴ Levy Tal Bergman, Azar Shlomi, Huberfeld Ronen, Siegel Andrew M, Strous Rael, *Attitudes towards euthanasia and assisted suicide: a comparison between psychiatrists and other physicians*, Bioethics, Abril 2012, Dirección URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-8519.2012.01968.x/abstract>

le produce un sufrimiento que experimenta como inaceptable y que no se ha conseguido mitigar por otros medios, los medios intelectuales y/o materiales imprescindibles para que pueda terminar con su vida suicidándose de forma efectiva cuando lo desee.⁹⁵

Es necesario puntualizar los elementos de dicho concepto. En un primer momento es un profesional sanitario, generalmente médicos, quien proporciona los medios para que el paciente lleve a cabo la acción, siendo éste en última instancia, el agente directo de la acción. En un segundo momento, es indispensable que el paciente solicite la ayuda ya sea por padecer alguna enfermedad terminal o sufrir dolor inmitigable.

Generalmente el medio proporcionado para llevar a cabo la acción corresponde a la prescripción de una dosis mortal de barbitúcos, siendo éstos sedantes que causan relajación y somnolencia; en dosis altas llevan a un estado de coma y posteriormente a la muerte. A manera de ejemplo, en el Estado de Oregon y en Suiza se utiliza generalmente el Pentobarbital.

Los países que permiten el suicidio médicamente asistido son: Bélgica, Luxemburgo, Holanda, Canadá, Colombia y en los Estados de California, Montana, Oregon, Washington, y Vermont en Estados Unidos. Sin embargo es importante resaltar que Suiza es el único país que permite el “suicidio asistido”, siempre y cuando los motivos para ayudar a morir sean altruistas y no por interés personal de quien ayuda.⁹⁶ La acción se lleva a cabo fuera del contexto médico, es decir, no es necesario que el paciente padezca alguna enfermedad terminal, ni que quien proporcione los medios para el suicidio sea un médico o enfermera; cualquier persona puede ayudar a otra a suicidarse sin consecuencias jurídicas.

En el suicidio asistido es claramente el propio sujeto que desea morir, quien toma esa decisión, por mucho que los medios le sean facilitados por un tercero. El componente de intervención exterior es muy inferior comparándola con la eutanasia en donde es el médico quien lleva a cabo la acción u omisión. Según un estudio realizado en Estados Unidos por *The American Journal of Psychiatry* dentro de los factores más

⁹⁵ Júdez, J., *Suicidio asistido y eutanasia: un debate clásico y trágico, con pronóstico reservado*, [en línea], Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 30, 2007, Dirección URL: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272007000600011&script=sci_arttext&tlng=en, [consulta: 28 de noviembre de 2017]

⁹⁶ Asunción Álvarez, *Op. Cit.*

importantes que influyen en el deseo de para tomar la decisión de realizar el suicidio asistido podemos encontrar:

Tabla 10. Variables en el suicidio asistido

Psicológico	Biomédico	Social
Depresión	Enfermedades avanzadas	Pérdida de apoyo
Desesperanza	Pobre pronóstico	Agotamiento de los demás
Pérdida de control	Dolor incontrolable	Cuidador depresivo y agotado
Desesperanza	Delirio	Estrés concurrente
Psicopatología preexistente	Fatiga/agotamiento	
Angustia existencial	Otros síntomas angustiantes	
Coraje, agresión		
Miedo a la enfermedad		

Fuente: H. M. Chochinov, K. G. Wilson, M. Enns *et al.*, *Desire for Death in the Terminally Ill*, en *The American Journal of Psychiatry*, 1995, p. 185.

Al igual que en el debate sobre la eutanasia, los argumentos en contra apuntan a perspectivas de tono religioso y cultural sobre la concepción de la muerte y el tabú existente en torno al suicidio. El debate gira en torno a tres principales argumentos: 1) podría existir abuso, así como un error en el diagnóstico por parte del médico que facilitaría los medios para realizar el suicidio; 2) los médicos que facilitarían los medios para llevar a cabo la acción estarían violando y modificando el objetivo primordial de la medicina, salvar y resguardar la vida del paciente; y 3) la decisión está provocada por un desequilibrio psicológico (depresión) así como por presiones económicas, sociales o familiares, dejando de ser una decisión libre.

Los argumentos a favor aluden a no prolongar el sufrimiento físico y mental de alguna persona que podrían llevar a la toma de alguna decisión inadecuada que además resulte en más sufrimiento en caso de que el intento de suicidio no sea exitoso. Es importante resaltar que el argumento principal recae en el derecho a morir bajo la defensa de la libertad y autodeterminación defendiendo la dignidad, como se verá en el siguiente capítulo.

Capítulo 2- Debate y contexto jurídico, ético y médico internacional.

Este capítulo se centra en el análisis jurídico, ético y médico del suicidio asistido a nivel internacional. Se focaliza en 11 países, cuatro del continente americano y siete del continente europeo. Los lineamientos utilizados para escogerlos se basaron en la situación legal de la eutanasia y suicidio asistido de cada uno, así como en las cifras registradas y presentadas por Dignitas referentes a la nacionalidad de las personas con más demanda de una muerte digna. Por su parte, el caso de México resulta importante ya que, si bien no es legal ninguna de las opciones antes mencionadas, con la Voluntad Anticipada está abriendo la posibilidad de ofrecer una muerte digna, a través del suicidio asistido, en el futuro.

Se analizan posiciones contrarias en los primeros dos apartados, esto con el fin de ilustrar una perspectiva a favor y otra en contra de la muerte digna, contraponiendo argumentos y aterrizando el debate a nivel internacional.

En el rubro ético y moral se analiza el debate desde una perspectiva religiosa, el cristianismo, y el estudio desde la bioética. Ya que resulta paradójico que en los países con un gran índice de personas que practican dicha religión se acepte la eutanasia o el suicidio asistido, sin que sea una determinante para la toma de decisiones tanto para el gobierno como para la sociedad en general. Mientras que en el caso de la bioética, se aborda desde un análisis multidisciplinario denominado la Bioética Global, basado en la autodeterminación, la libertad, la justicia y la dignidad.

En tanto las implicaciones jurídicas, se estudia la posición del Estado frente a la demanda de su población y también frente a una situación que ha ido incrementando, con esto me refiero al incremento en la demanda para la legalización de la eutanasia o suicidio asistido, y que países como Gran Bretaña siguen sin aceptar. En contraposición encontramos la perspectiva de la muerte digna como un posible derecho humano, defendiendo la incapacidad del Estado de brindar una vida digna, la autonomía individual y la libertad en la toma de decisiones referentes a poner fin en caso de sufrimiento físico o mental.

Finalmente, en lo referente a cuestiones de salud, se analizan las variables de enfermedades terminales, siendo éstas la principal razón de la demanda de una muerte

digna a nivel mundial, trastornos mentales como la esquizofrenia, demencia, etcétera, y el cansancio de vida, relativo a la vejez y a la cosmovisión de la misma para la sociedad e individualmente, tomando en cuenta siempre las características y exigencias del sistema capitalista neoliberal.

2.1 Situación internacional del suicidio asistido

Por ser un tema reciente, la situación legal y social del suicidio asistido y la eutanasia varía mucho a nivel internacional. Para fines de esta investigación se revisarán los países de Europa y América en donde se permite alguna de las dos prácticas, los países con más personas registradas en Dignitas solicitando el suicidio asistido y México.

Si bien únicamente en Holanda, Luxemburgo, Bélgica y Canadá son los únicos países en donde se permite tanto la eutanasia como el suicidio asistido, los requisitos y cifras varían de un país a otro. Por ejemplo, en el caso de Bélgica no existe edad mínima para realizar la eutanasia siempre y cuando el paciente padezca una enfermedad que no le permita el libre desarrollo o implique un alto grado de sufrimiento.

El problema de la regulación de la eutanasia se da principalmente en la poca aceptación del tema en el Parlamento Europeo. Principalmente en Alemania, Reino Unido y Francia el debate ha sido obstaculizado por la situación histórica y el gobierno, quien se ha encargado de rechazar las iniciativas propuestas. Sin embargo un gran avance en la materia ha sido la aceptación de la Voluntad Anticipada, como es el caso de México, cuestión que abre la posibilidad a un debate más profundo a la legalización de la eutanasia o del suicidio asistido.

Suiza resulta ser un caso excepcional ya que la eutanasia está prohibida y el suicidio asistido es tolerado, más no legal, siempre y cuando no sea por razones egoístas, dejando un amplio campo de interpretación y de posibilidades de acción. Cada asociación establece los parámetros, condiciones y procedimiento para realizar el suicidio asistido. Finalmente, es importante destacar que los cambios en la concepción social y legal han sido impulsados por la sociedad y no por el gobierno.

2.1.1 Alemania

El debate relacionado con la práctica y legislación de la eutanasia y el suicidio asistido resulta ser delicado en Alemania, ya que cada vez que surge la discusión resulta inevitable aludir al proceso histórico de la Segunda Guerra Mundial en donde se realizaron programas de eutanasia masiva por los nazis, asesinando a más de 200 000 personas. Los antecedentes a la situación actual se originan en 1994 cuando el Tribunal Federal establece que si un enfermo expresa su voluntad de no seguir siendo mantenido con vida de forma artificial, el tratamiento podía ser terminando.

Posteriormente, en 2005, decreta que ningún hospital o centro de asistencia tiene derecho a forzar a un enfermo a ser alimentado artificialmente; dando pie al debate en torno a la eutanasia pasiva.

En el año 2007, el abogado Wolfgang Putz, es condenado a nueve meses de reclusión bajo libertad condicional por aconsejar a su cliente a desconectar a su madre, quien se encontraba en coma desde el 2002 y había estipulado que no quería continuar con su vida en esas condiciones. No obstante, en el 2008 el Tribunal Federal retoma su caso y establece un precedente jurídico al anular la condena aceptando la legalidad de la eutanasia pasiva con consentimiento previo del paciente, argumentando que el abogado actuó en interés de la paciente.⁹⁷ Es así como en septiembre de 2009 entra en vigor la ley que establece la posibilidad de dictar una declaración anticipada de voluntad,⁹⁸ respecto a un tratamiento médico en una situación crítica.⁹⁹

En junio del 2015, la Cámara Baja del Parlamento presenta dos proyectos de ley para la regulación del suicidio asistido. El primero es presentado por Michael Brandt y Kerstin Griesse y estipula que las instituciones que se lleguen a dedicar a la práctica de la eutanasia o apoyo al suicidio asistido con remuneración económica seguirán estando prohibidas y la pena será tres años de prisión. El segundo proyecto apelaba por la legalización total del suicidio asistido siempre y cuando un doctor haya aprobado la petición. En el mes de noviembre se aprueba el proyecto de Brandt y Grieses con 309 votos a favor y 233 en contra, permitiendo el suicidio asistido al no penalizar las decisiones de los médicos en casos individuales con determinadas circunstancias y excluyendo a asociaciones con fines lucrativos.¹⁰⁰

Actualmente, el Tribunal Federal de Alemania permite el suicidio asistido a pacientes graves e incurables que deseen suicidarse de forma digna e indolora, siendo

⁹⁷ Laura Lucchini, *El Supremo alemán establece que desconectar del respirador a un enfermo no es delito*, El País, Berlín, 25 de junio de 2010, Dirección URL: https://elpais.com/sociedad/2010/06/25/actualidad/1277416804_850215.html, [Consulta: 20 de diciembre de 2017]

⁹⁸ Formulando claramente y sin ambigüedades sus deseos en cuanto al soporte de la vida artificial con el fin de evitar controversias legales para los médicos.

⁹⁹ S/A, *En Alemania permitieron eutanasia pasiva*, RT noticias, 26 junio 2010, Dirección URL: <https://actualidad.rt.com/ciencias/view/13397-En-Alemania-permitieron-eutanasia-pasiva> [consulta: 20 de diciembre de 2017]

¹⁰⁰S/A, *Bundestag votes against commercial assisted suicides* Deutsche Welle, 06 de noviembre de 2015, Dirección URL: <http://www.dw.com/en/bundestag-votes-against-commercial-assisted-suicides/a-18831510> [consulta: 20 de diciembre de 2017]

aceptado únicamente en casos extremos en donde no exista ningún otro método paliativo. No obstante, aún no se encuentra establecido en el Código Penal alemán.

2.1.2 Bélgica

Desde septiembre de 2002 se permite la eutanasia activa y el suicidio asistido en Bélgica, sin embargo la ley belga no establece la diferencia entre éstos considerando el suicidio asistido como una práctica eutanásica ya que no se establece la forma en que se debe realizar la eutanasia.

Los requisitos que establece la ley belga para la eutanasia/suicidio asistido son:

1) El paciente debe ser mayor de edad, menor emancipado capaz y consciente en el momento de formular su petición

2) La solicitud debe ser efectuada de forma voluntaria, razonada y reiterada y sin presiones externas.

3) La situación médica debe ser sin posibilidad de recuperación y padecimiento sufrimiento físico o psicológico¹⁰¹ constante e insoportable resultado de un accidente o enfermedad patológica grave.

4) La solicitud del paciente debe plasmarse por escrito. En caso de que no se encuentre en condiciones de hacerlo, la solicitud será realizada por escrito por la persona mayor de edad que el paciente elija en presencia de un médico.

Es obligación del médico:

1) Informar al paciente sobre su estado de salud y llegar con el paciente a la convicción que no existe otra solución razonable en su situación.

2) Certificar el carácter permanente del sufrimiento físico o psíquico del paciente y de su voluntad reiterada.

3) Consultar con otro médico la situación grave e incurable de la enfermedad.

4) Procurar que el paciente consulte con otras personas de su entorno.

5) Dejar pasar un mes entre la petición y la realización de la eutanasia.

¹⁰¹ Dentro del sufrimiento psicológico se incluye dependencia, pérdida de la autonomía, soledad, desesperanza, pérdida de la dignidad, miedo a perder la habilidad para mantener el contacto social.

El 13 de febrero de 2014 se elimina la restricción mínima de edad con 86 votos a favor, 44 en contra y 12 abstenciones. Los criterios para que los niños puedan solicitar la eutanasia son los siguientes:

- 1) El paciente menor dotado de la capacidad de discernimiento se debe encontrar en una situación médica de sufrimiento físico constante e insoportable que no se pueda mitigar y que la muerte a corto plazo sea inevitable; resultado de un accidente o patología grave e incurable.
- 2) En caso de que el solicitante sea un menor no emancipado se debe consultar a un pediatra o un psicólogo especificando los motivos de la consulta. El especialista lo examina y debe asegurar la capacidad de discernimiento del menor, certificándolo por escrito.¹⁰²

En Bélgica también se puede solicitar voluntad anticipada. Los parámetros son los siguientes: se debe redactar una declaración en donde el paciente solicita se practique la eutanasia en caso de que padezca una enfermedad incurable grave en un momento posterior en su vida y no pueda realizar la solicitud; se debe realizar en presencia de dos testigos mayores de edad; tiene una vigencia de cinco años; y en este caso los menores no emancipados no pueden solicitarla.

Para la regulación se establece la Comisión Federal de Control y Evaluación de Eutanasia la cual está integrada por 16 miembros, nombrados por un plazo renovable de cuatro años, entre los cuales encontramos profesores en una universidad belga, abogados y gente especializada en la problemática de los pacientes con enfermedad incurable. Los gastos del funcionamiento y de personal de la comisión correrán a cargo del Ministerio de Sanidad y Justicia. Finalmente, debe presentar un reporte cada dos años, el último corresponde a los años 2014-2015.¹⁰³

Según datos de la Comisión desde el 2002 hasta el 2016 se han realizado alrededor de 14, 753 casos de eutanasia legal, representando aproximadamente el

¹⁰² Ley del 28 de mayo de 2002 relativa a la Eutanasia, Dirección URL: http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=2014022803, [consulta: 27 de diciembre de 2018]

¹⁰³ Comisión Federal de Control y Evaluación de la Eutanasia, *Septième rapport aux Chambres législatives, années 2014-2015*, Dirección URL: <http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/organe-d%27avis-et-de-concertation/commission-federale-de-controle-et-devaluation-de-leuthanasie>, [consulta: 28 de diciembre de 2017]

1.7% de las causas de muerte en Bélgica. El coste para un belga por someterse a esta técnica es de 25 euros en concepto de material y otros 25 euros por la visita del médico. Sin embargo, la realidad es aún peor ya que estos números oficiales no toman en cuenta los casos clandestinos de eutanasia. Se estima que alrededor del 27% del total de los casos en la ciudad de Flanders y el 42% en Wallonia son ilegales.

Tabla 11. Casos de eutanasia por año

Año	Casos	Año	Casos
2002	24	2010	953
2003	235	2014	1928
2008	704	2015	2022

Tabla elaborada con datos de la Comisión Federal de Control y Evaluación de la Eutanasia. Dirección URL: <http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/organe-d%27avis-et-de-concertation/commission-federale-de-controle-et-devaluation-de-leuthanasie>,

Como podemos observar en el primer año en que la eutanasia fue legal en Bélgica únicamente se registraron 24 casos incrementando a 235 en el año siguiente. Respecto a los últimos cuatro años podemos observar un incremento del 41%.

Durante el periodo comprendido entre 2014-2015 se estima que el 63% de los pacientes se encuentran entre los 40 y 79 años y el 36% son mayores a 79 años. En el 44% de los casos se realizó en la casa de los pacientes, 42% en hospitales y 12% en asilos. Dentro de las enfermedades más comunes que llevan a las personas a tomar esta decisión podemos encontrar: 67.7% cáncer, diversas patologías 9.7%¹⁰⁴, enfermedades del sistema nervioso 6.9%, enfermedades de sistema circulatorio 5.2%, enfermedades mentales y problemas de personalidad 3.1% y enfermedades del sistema respiratorio 3.1%. Aproximadamente 2% de los pacientes utilizaron su solicitud de voluntad anticipada.

Finalmente, actualmente se debaten tres proyectos de ley que buscan: 1) modificar los parámetros de voluntad anticipada quitando la vigencia de cinco años y dejando que el paciente decida los límites; 2) en caso de que algún médico se niegue

¹⁰⁴ En esta categoría se engloban: incapacidad motriz total o parcial; problemas de la vista incluyendo ceguera al punto de que el paciente no pueda leer un periódico, libro o ver la televisión volviéndose dependiente de alguien; problemas auditivos que impidan el contacto social del paciente y demencia. Generalmente son pacientes que se encuentran en situación de desesperanza.

a realizar la eutanasia debe avisar al paciente dentro de los 7 días siguientes a la solicitud y transferir el archivo dentro de los 4 días siguientes a la negativa, ya que actualmente no hay un límite de tiempo formal para transferir el expediente médico; y 3) restringir la cláusula de conciencia, por la cual ningún establecimiento puede negarse a que un médico realice eutanasia en sus instalaciones.

2.1.3 Canadá

Desde el 5 de junio de 2014 la Asamblea Nacional legaliza la eutanasia y el suicidio asistido bajo el nombre de muerte médicamente asistida en la provincia de Quebec. Posteriormente, en junio de 2016, con el apoyo del 77% de los canadienses se retoma el debate logrando la aprobación de la Ley de Asistencia Médica para Morir en todo el país.¹⁰⁵

Los requisitos para poder solicitarla son los siguientes:

- 1) Ser ciudadano canadiense para poder recibir cuidados sanitarios financiados por el Estado.
- 2) Tener al menos 18 años de edad y ser capaz de tomar decisiones con respecto a su salud.
- 3) Padecer problemas de salud graves e irremediables como: tener una enfermedad, dolencia o minusvalía incurable; disminución avanzada e irreversible de sus capacidades ocasionando sufrimiento físico o psicológico persistentes e intolerables que no puedan ser aliviados; y su muerte natural es previsible.
- 4) Haber requerido voluntariamente la asistencia sin sufrir presiones externas.

Es obligación del médico:

- 1) Asegurarse de que la solicitud está hecha por escrito, fechada y firmada por dicha persona o por la persona elegida, en presencia de dos testigos independientes que también hayan fechado y firmado la solicitud.
- 2) Asegurarse de que otro médico o enfermero haya dado su opinión por escrito confirmando que la persona reúne los requisitos.

¹⁰⁵ Derecho a Morir Dignamente, Asociación Federal, *Eutanasia y Suicidio Asistido en el Mundo, Canadá*, Dirección URL: https://www.eutanasia.ws/eutanasia_mundo.html [Consulta: 30 de diciembre de 2017]

3) Asegurarse de que transcurran al menos 15 días entre el momento en el que la solicitud ha sido firmada y el día en el cual la ayuda médica para morir sea prestada.¹⁰⁶

A diferencia de Bélgica el gobierno canadiense sí especifica la legalización de la eutanasia (administración por un médico o enfermero de una sustancia a una persona) y el suicidio asistido (la prescripción por un médico o enfermero de una sustancia a una persona que lo haya requerido, de manera que esta se la pueda autoadministrar causando su propia muerte).

Un informe emitido por el Ministerio de Salud de Canadá, arroja las siguientes cifras: desde diciembre de 2015 hasta junio de 2017 se han registrado 2, 149 casos de muerte médicamente asistida siendo el 0.6% de todas las muertes en Canadá; los lugares en donde se han realizado es un 50% en hospitales, 37% en casa, 6% asilos y 7% en otros lugares; la edad promedio es de 73 años con un 53% de hombres y 47% mujeres. Finalmente, las situaciones médicas más comunes son: 63% cáncer, 13% enfermedades neurodegenerativas, 17% enfermedades del sistema circulatorio o respiratorio y 7% otras razones.¹⁰⁷

Aún no existe un enfoque estandarizado para la asistencia médica en la muerte en Canadá, y cada caso tendrá elementos únicos para el paciente y el proveedor, lo que dificulta la estimación de los costos asociados con este servicio, sin embargo un estimado es entre 154 a 314 dólares canadienses, que en pesos mexicanos equivale a 2, 500 y 4, 500.¹⁰⁸

Actualmente el debate se centra en tres temas específicos: la posibilidad de permitir la eutanasia a personas que únicamente tengan algún problema mental, las demandas de voluntad anticipada y la legalización para niños conscientes de su situación, decisión y las consecuencias de la misma, tal como el caso de Bélgica.

¹⁰⁶ Proyecto de Ley C-14, Primera sesión, 42° Periodo legislativo, Dirección URL: https://www.eutanasia.ws/documentos/Politica/internacional/16%20Ley%20Canad%C3%A1%20C-14_3%20esp.pdf [Consulta: 30 de diciembre de 2017]

¹⁰⁷ Government of Canada, *2nd Interim Report on Medical Assistance in Dying in Canada*, Octubre 2017, Dirección URL: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/publications/health-system-services/medical-assistance-dying-interim-report-sep-2017.html> [Consulta: 30 de diciembre de 2017]

¹⁰⁸ Aaron J. Trachtenberg, *Cost analysis of medical assistance in dying in Canada*, US National Library of Medicine National Institutes of Health, 23 de enero de 2017, [en línea], Dirección URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5250515/> [Consulta: 3 de enero de 2018]

2.1.4 Colombia

En 1996 un ciudadano colombiano demandó la constitucionalidad del Artículo 326 del Código Penal vigente en ese momento en donde se establecía que la persona que ayudara a matar a otra por piedad en caso de sufrimientos provenientes de una lesión corporal o enfermedad grave e incurable tendría un castigo de seis meses a tres años de prisión. El demandante interpretaba esto como un permiso para matar porque la pena establecida estaba muy disminuida.

Al resolver la demanda mediante la Sentencia C-239 en mayo de 1997 se exime a los médicos de cualquier pena en caso de realizar homicidio por piedad y se exhorta al congreso para que en el tiempo más breve posible regule el tema de la muerte digna. No obstante, esto no ocurrió y la eutanasia quedó en una zona gris: despenalizada pero sin marco legal adecuado que la regulara. Como consecuencia, las instituciones no sabían si debían proveer este servicio y cómo hacerlo.¹⁰⁹

Es hasta el 20 de abril de 2015 que el Ministerio de Salud y Protección Social estableció los lineamientos de la Resolución 1216 para los Comités Científicos-Interdisciplinarios para el Derecho a Morir con Dignidad los cuales estarán integrados por un médico, un abogado y un psiquiatra y se encargarán de vigilar los procedimientos para morir con dignidad. Con esta resolución, Colombia se convierte en el primer país de América Latina en aprobar la eutanasia.

Los requisitos establecidos para solicitar la muerte digna son: pacientes mayores de edad en etapa terminal o personas que se encuentren en estado vegetal mayores de edad quienes pueden acceder a esta práctica y serán los médicos quienes establezcan esta condición; sin embargo, para los pacientes en estado vegetativo se deberá anticipadamente especificar su deseo de morir. Esta técnica se aplicará de forma gratuita y serán los hospitales quienes la lleven a cabo; en el caso que todos los médicos de la clínica se nieguen, será la EPS quien está obligada a conseguir y remitir al paciente a cualquier entidad que pueda prestar este servicio en un plazo de 15 días

¹⁰⁹ Díaz Amado Eduardo, *La despenalización de la eutanasia en Colombia: Contexto, bases y críticas*, Revista de Bioética y Derecho, mayo 2017, pp. 125-140, Dirección URL: <http://revistes.ub.edu/index.php/RBD/article/view/19167/21621>, [consulta: 3 de enero de 2018]

para efectuar el protocolo médico. No se realizará a menores de edad, personas con una enfermedad degenerativa, ni realizar suicidio asistido.¹¹⁰

El primer caso de eutanasia legal fue el de Ovidio González de 79 años el 3 de julio de 2015. Hasta la tercera semana de febrero de 2017 se habían reportado once casos de eutanasia practicadas en diversas entidades de salud en el país según fuentes del MSPS.¹¹¹

2.1.5 Estados Unidos

En Estados Unidos de América el suicidio asistido está permitido en los Estados de: Oregon, Vermont, Washington, California, Colorado y Columbia por Ley Estatal y en Montana por Sentencia Judicial.

Oregon fue el primer Estado en legalizar el suicidio asistido. En 1994 con el 51% de los votos se aprobó mediante un referéndum, sin embargo en 1995 se declara inconstitucional. El 27 de octubre de 1997, con el 60% de los votos, se aprueba *Oregon's Death with Dignity Act*.¹¹²

Los requisitos establecidos son que los pacientes: deben de ser adultos mayores de 18 años capaces de expresarse por medio de una solicitud, residentes de Oregon, con enfermedades terminales y con esperanza de vida menor a seis meses. Se prescriben medicamentos en dosis letales por un médico y se realiza a través de la autoadministración voluntaria. En el acta de defunción se estipula la causa directa de la muerte (sobredosis por medicamentos). Finalmente, no se considera como suicidio, sino como muerte con dignidad.¹¹³

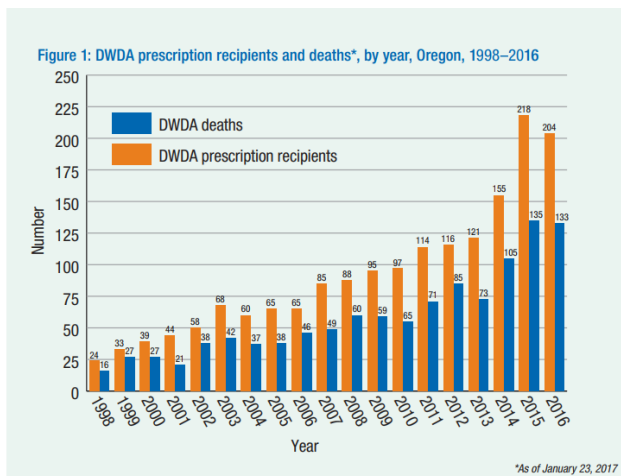
¹¹⁰ Ministerio de Salud y Protección Social del gobierno de Colombia, *Resolución 00001216 de 2015*, 20 de abril de 2015, Dirección URL:

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%201216%20de%202015.pdf

¹¹¹ Díaz Amado, *Op. Cit.* p. 133

¹¹² Oregon Health Authority, *Death with Dignity Act, Death with Dignity Act History*, [en línea], Dirección URL: <http://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/history.pdf> [Consulta: 10 de enero de 2018]

¹¹³ Oregon Health Authority, *Death with Dignity Act Requirements*, [en línea], Dirección URL: <http://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/requirements.pdf> [Consulta: 10 de enero de 2018]



Fuente: Oregon Health Authority, *Death with Dignity Act Annual Report. 2016*

En la gráfica podemos observar cómo ha incrementado tanto el número de prescripciones, como el número de muertes. Para fines de esta investigación nos centraremos en el año 2016: 204 personas recibieron prescripciones, de los cuales 133 murieron por ingerir la medicación. La mayoría de los pacientes eran: mayores a 65 años (80%), tenían cáncer (78.9%), blancos (96.2%), educados hasta licenciatura (50%),

murieron en casa y se encontraban en cuidados paliativos (88.7%).¹¹⁴

Washington fue el segundo Estado en legalizar *Washington Death with Dignity Act* en 2008 con 57.1% de los votos a favor. Los requisitos son los mismos que en Oregon, no obstante la diferencia radica en el acta de defunción donde se estipula el padecimiento del enfermo antes de recibir la ayuda para morir.

En el Reporte del Departamento de Salud de Washington de 2016 se estipula que 248 pacientes solicitaron el medicamento, de los cuales 190 realizaron suicidio asistido, los demás murieron sin ingerir el medicamento. La mayoría de los pacientes eran: blancos (97%), casados (43%), educación de Licenciatura (67%), cáncer (77%) y murieron en casa (88%).¹¹⁵

En **Montana** la Suprema Corte decide legalizar el suicidio asistido en el 2009 con *Montana's Right of the Terminally Ill Act* tras la demanda de Robert Baxter, un enfermo terminal de 76 años que sufría una forma terminal de leucemia linfocítica. Los requisitos resultan ser los mismos que en Oregon y Washington. Por la manera en que

¹¹⁴ Oregon Health Authority, *Death with Dignity Act Annual Report, 2016*, [en línea], Dirección URL: <http://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Pages/ar-index.aspx> [Consulta: 10 de enero de 2018]

¹¹⁵ Washington State Department of Health, *Death with Dignity Act*, [en línea], Dirección URL: <https://www.doh.wa.gov/YouandYourFamily/IllnessandDisease/DeathwithDignityAct> [Consulta: 10 de enero de 2018]

se regula el suicidio asistido en este Estado no se realiza registro público sobre el tema.¹¹⁶

En **Vermont** en 2013 el gobernador Peter Shumlin promulga la *Vermont Patient Choice and Control at the End of Life Act* y se aprueba por la Cámara de Representantes en Montpelier con 75 votos a favor contra 65. Para junio de 2017, según los reportes del Departamento de Salud, 53 personas han llevado a cabo suicidio asistido y la mayoría de los pacientes tenía cáncer (83%).¹¹⁷

En **California** el gobernador Jerry Brown firma *The End of Life Option Act* el 5 de octubre de 2015 y entra en vigor en junio de 2016. Según el último reporte presentado: 111 pacientes murieron a través del programa de muerte digna. La mayoría: era mayor de 60 años (75.6%), blancos (89.5%), mujeres (54.1%), estaban recibiendo cuidados paliativos (83.3%) y tenían educación de licenciatura (72.1%).¹¹⁸

En **Colorado** se aprueba, con el 65% de los votos a favor, *The Colorado End of Life Options Act* en noviembre de 2016 y entra en vigor el 16 de diciembre de 2016.¹¹⁹ Sin embargo, la información recopilada no está disponible para la inspección pública y se mantendrá como confidencial.¹²⁰

Finalmente, **Columbia** es el último estado en aprobar el suicidio asistido. El 19 de diciembre de 2016 se firma *The Death with Dignity Act* y entra en vigor el 18 de febrero de 2017 y es aplicable a partir del 6 de junio; aún no se tienen cifras.¹²¹

En Estados Unidos los costos varían basados en el tipo de medicación y protocolo utilizado para la muerte digna. Según un estudio los costos de: el pentobarbital en forma líquida costó alrededor de 500 USD hasta alrededor de 2012,

¹¹⁶ NOLO, *Death with Dignity in Montana*, 11 de octubre de 2017, [en línea], Dirección URL: <https://www.nolo.com/legal-encyclopedia/death-with-dignity-montana.html> [Consulta: 10 de enero de 2018]

¹¹⁷ Death with Dignity, *Vermont Current Status*, [en línea], Dirección URL: <https://www.deathwithdignity.org/states/vermont/> [Consulta: 10 de enero de 2018]

¹¹⁸ California Department of Public Health, *End of Life Option Act 2016 Data Report*, [en línea], Dirección URL: <https://www.cdph.ca.gov/Programs/CHSI/CDPH%20Document%20Library/CDPH%20End%20of%20Life%20Option%20Act%20Report.pdf> [Consulta: 10 de enero de 2018]

¹¹⁹ Death with Dignity, *Colorado Current Status*, [en línea], Dirección URL: <https://www.deathwithdignity.org/states/colorado/> [Consulta: 10 de enero de 2018]

¹²⁰ Colorado Department of Public Health & Environment, *Medical Aid in Dying*, [en línea], Dirección URL: <https://www.colorado.gov/pacific/cdphe/medical-aid-dying> [Consulta: 10 de enero de 2018]

¹²¹ CNN, *Physician-Assisted Suicide Fast Facts*, 10 de junio de 2017, [en línea], Dirección URL: <http://edition.cnn.com/2014/11/26/us/physician-assisted-suicide-fast-facts/index.html> [Consulta: 10 de enero de 2018]

cuando el precio aumentó a entre a 15,000 USD y 25,000 USD. El aumento de precios fue causado por la prohibición de exportación de la Unión Europea a los Estados Unidos debido a que la droga se usa en la pena capital, una práctica que es ilegal y que se considera deplorable allí; muchas compañías farmacéuticas internacionales no exportan el medicamento a los Estados Unidos por la misma razón. Los usuarios cambiaron a la forma en polvo, que cuesta entre 400 y 500 USD. La dosis de secobarbital prescrita en virtud de las leyes de Muerte con Dignidad cuesta entre 3,000 y 5,000 USD.¹²² A estos precios es importante resaltar que falta el costo del servicio médico y el procedimiento indicado en la ley.

Es importante resaltar que el perfil de personas que optan por esta decisión cumplen con el mismo perfil que en otros lugares del mundo, como en el caso de Bélgica en donde la mayoría de las personas son mayores de 60 años, con niveles de educación altos y con cáncer. Actualmente el debate se encuentra en la legalización del suicidio asistido en estados como Nuevo México en donde anteriormente se ha discutido la iniciativa y no ha sido aprobada.

2.1.6 Francia

En el año 2005 se promulgó la “Ley sobre muerte digna y los derechos de los pacientes” o mejor conocida como “Ley Leonetti” y se legalizan los tratamientos paliativos para acortar la vida cuyo objetivo prioritario es el alivio de los síntomas que provocan sufrimiento y deterioran la calidad de vida del enfermo en situación terminal.¹²³

Posteriormente en 2011 tras largos debates el senado francés rechaza una proposición de ley que pretendía regular la eutanasia por 170 votos en contra y 142 a favor. Sin embargo, una encuesta realizada por el periódico Libération asegura que el 94% de la población es partidaria de la regulación de la eutanasia.¹²⁴

¹²² Death with Dignity, FAQs, *How much does the medication cost?*, [en línea], Dirección URL: <https://www.deathwithdignity.org/faqs/> [Consulta: 10 de enero de 2018]

¹²³ Philippe Bataille, *La loi Claeys-Leonetti fait reculer les valeurs de la République*, Le Monde, 25 de enero de 2016, [en línea], Dirección URL: http://www.lemonde.fr/idees/article/2016/01/25/la-loi-claeys-leonetti-fait-reculer-les-valeurs-de-la-republique_4853225_3232.html [Consulta: 11 de enero de 2018]

¹²⁴ Antonio Jiménez, *El Senado francés rechaza la eutanasia*, El País, 26 de enero de 2011, [en línea], Dirección URL: https://elpais.com/internacional/2011/01/26/actualidad/1295996409_850215.html [Consulta: 12 de enero de 2018].

En 2015 adopta la sedación terminal pero rechaza la eutanasia y el suicidio asistido. La Ley de Sedación Terminal fue aprobada con 436 votos a favor, 34 en contra y 83 abstenciones. Antes de esta ley, y cuando el paciente no estaba en condiciones de expresar por sí mismo sus deseos, los médicos consideraban la voluntad de la familia, pero no estaban obligados a obedecerlas. Sin embargo, actualmente la ley permite que cualquier francés puede dejar por escrito la petición de sedación terminal con lo cual, los médicos estarían obligados a llevarla a cabo si llegara el caso de que el enfermo no pudiera comunicarla. La norma autoriza a los médicos a que seden a los pacientes en fase terminal que lo soliciten mientras se les retira los medicamentos, así como la nutrición y la hidratación, mientras se les siguen administrando analgésicos para evitar el dolor hasta la muerte.

Los requisitos es que la voluntad debe ser redactada previamente, o la de una persona de confianza designada de forma previa y por escrito por el enfermo. La ley obliga al médico a aplicar la sedación terminal a pacientes en fase terminar que lo solicite con afecciones graves e incurables con un pronóstico vital comprometido a corto plazo y con un cuadro médico de sufrimiento que resiste a los tratamientos.¹²⁵ En 2016 se comienza a aplicar de manera general y homogénea y se otorga al paciente la última palabra.

2.1.7 Holanda

La eutanasia se despenaliza en 1993 y en el 2001 se aprueba la Ley de comprobación de la terminación de la vida a petición propia y del Auxilio al Suicidio y entra en vigor el 1 de abril de 2002. Los requisitos establecidos son los siguientes:

1) Que la persona objeto de la eutanasia o auxilio al suicidio sea residente en Holanda; 2) Que el médico esté convencido de que la petición es voluntaria, está bien meditada y expresa los deseos del enfermo manifestada en un documento de voluntades anticipadas; 3) Que se constate un padecimiento insoportable y sin esperanzas de mejora; 4) Que se haya informado al paciente de su situación y de las perspectivas de futuro; 5) Que se haya consultado a otro facultativo y que éste haya

¹²⁵ Francois Béguin, *La loi Claeys-Leonetti sur la fin de vie définitivement adoptée*, Le Monde, 27 de enero de 2016, [en línea], Dirección URL: http://www.lemonde.fr/societe/article/2016/01/27/fin-de-vie-ce-que-va-changer-la-nouvelle-loi-claeys-leonetti_4854266_3224.html?xtmc=sedation_terminale&xtr=15 [Consulta: 12 de enero de 2018]

corroborado el cumplimiento de los requisitos. En caso de sufrimiento psicológico se tienen que consultar dos médicos; 6) La conducta activa para causar la muerte de enfermos comatosos y recién nacidos ya que no pueden expresar su voluntad de morir;¹²⁶ y 7) Mayores de 18 años plenamente conscientes; menores entre 16 y 18 años plenamente conscientes siempre y cuando los padres o tutores hayan participado en el proceso de decisión; y menores de entre 12 y 16 años con madurez suficiente y si los padres o tutores están de acuerdo.¹²⁷

Además se establece una Comisión regional encargada: valorar el cumplimiento de los requisitos, pedir información al médico y emitir un informe anual sobre el registro de los casos. Está integrada, al menos, por un jurista, un médico y un experto en ética nombrados por los ministros de Sanidad y Justicia por un periodo de seis años. En caso de incumplimiento por parte del médico la pena es de 12 años en prisión.¹²⁸

La cantidad de muertes ocurridas por eutanasia/suicidio asistido para el 2010 fue de 3,136; un total de 2.8% de las muertes totales en Holanda. Además se detectaron 13 casos de eutanasia involuntaria, es decir, aquellos casos practicados sin una petición expresa del paciente. Finalmente en este año se practicó más frecuentemente la sedación terminal con un total de 789.¹²⁹

Para el 2015 se practicaron 5,516 casos de eutanasia, 72% fueron solicitados por pacientes con cáncer, 5% por trastornos en el sistema nervioso, 4% por enfermedades cardiovasculares y 4% por enfermedades pulmonares. Mientras que 56 casos fueron solicitados por pacientes con trastornos psiquiátricos.¹³⁰

En el 2016 las muertes por eutanasia son el 4% de los fallecimientos en Holanda con un total de 6, 091 casos, 10% más que en 2015. Los pacientes padecían: 83%

¹²⁶ En 2005 se legaliza la práctica de la eutanasia a menores de 12 años de acuerdo al Protocolo de Groningen.

¹²⁸ Asunción Álvarez del Río, *Algunos elementos para discutir la eutanasia*, Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, UNAM, Colegio de Bioética, Rev. Fac. Med. Unam, Vol. 50 No. 1, Enero-Febrero, 2007, [en línea], Dirección URL: <http://colegiodebioetica.org.mx/publicaciones-web/alvarez-002.pdf>, [Consulta: 15 de enero de 2018]

¹²⁹ Mariana Parreras Reis de Castro, Guilherme Cafure Antunes, *et al*, *Eutanasia y suicidio asistido en países occidentales: una revisión sistemática*, Revista de Bioética, 2016, [en línea], Dirección URL: http://www.scielo.br/pdf/bioet/v24n2/es_1983-8034-bioet-24-2-0355.pdf [Consulta: 15 de enero de 2018]

¹³⁰ s/a, *En Holanda se practicaron 5,516 eutanasias en 2015, 56 a pacientes con trastornos psiquiátricos*, Periódico El Mundo, 14 de mayo de 2016, [En línea] Dirección URL: <http://www.elmundo.es/sociedad/2016/05/14/57375dcfe2704efb1a8b461e.html> [Consulta: 16 de enero de 2018]

cáncer, problemas cardíacos y respiratorios o del sistema nervioso.¹³¹ Un caso relevante es el de un hombre de 41 años que solicitó la asistencia para morir por padecer alcoholismo, poniendo en duda la ética utilizada para aprobar la eutanasia.

2.1.8 Luxemburgo

En febrero de 2008 el Parlamento aprueba la Ley para la Regulación de la Eutanasia y Suicidio Asistido y entra en vigor el abril de 2009. Al mismo tiempo se aprobaron leyes en donde se establecía la financiación estatal de la medicina paliativa para pacientes con enfermedades terminales.¹³²

Los requisitos solicitados son los mismos que en Bélgica, a diferencia de que no se aceptan menores de edad y que se aceptan pacientes del extranjero. El órgano encargado de verificar que el procedimiento se llevó a cabo de acuerdo a la ley establecida es la Comisión Nacional de Control y Evaluación. Se conforma de nueve miembros: cinco médicos, tres abogados y un profesor; y tienen la responsabilidad de emitir un reporte cada dos años.¹³³

El último reporte, 2015-2016, nos indica que: hasta el 2016 se han practicado 52 casos de muerte asistida, de las cuáles solamente uno ha sido suicidio asistido; han sido 25 hombres y 27 mujeres; 32 entre los 60 y 79 años de edad y cáncer ha sido la causa en 43 pacientes.¹³⁴ Como podemos observar el perfil que manejan los pacientes coincide con los demás países en donde la muerte asistida está permitida.

2.1.9 México

En México la Voluntad Anticipada es una realidad desde el 2008. La Ley establece que es la decisión de una persona de ser sometida o no a medios, tratamientos o procedimientos médicos que pretendan prolongar su vida cuando se encuentre en

¹³¹ Isabel Ferrer, *Las muertes por eutanasia son ya un 4% de los fallecimientos en Holanda*, El País, La Haya, 14 de abril de 2017, [en línea], Dirección URL: https://elpais.com/internacional/2017/04/13/actualidad/1492099046_930195.html [Consulta: 16 de enero de 2018]

¹³² s/a, *Euthanasia & Physician-Assisted Suicide (PAS) around the World, Legal Status in 28 Countries from Australia to Uruguay, Luxembourg*, 20 de julio de 2016 [en línea], Dirección URL: <https://euthanasia.procon.org/view.resource.php?resourceID=000136#Luxembourg> [Consulta: 16 de enero de 2018]

¹³³ Ministère de la Santé, *Euthanasia and assisted suicide, Law of 16 March 2009*, [en línea], Dirección URL: <http://www.sante.public.lu/fr/publications/e/euthanasie-assistance-suicide-questions-reponses-fr-de-pt-en/euthanasie-assistance-suicide-questions-en.pdf> [Consulta: 17 de enero de 2018]

¹³⁴ Le Gouvernement dy Grand-Duché de Luxembourg, *Quatrième rapport de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide (années 2015 et 2016)*, Ministère de la Santé, junio 2017, [en línea], Dirección URL: <http://www.sante.public.lu/fr/publications/r/rapport-loi-euthanasie-2015-2016/index.html> [Consulta: 17 de enero de 2018]

etapa terminal y, por razones médicas, sea imposible mantenerla de forma natural, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona. Favorece la atención paliativa y los cuidados al final de la vida, el énfasis está en el acompañamiento del paciente durante esta etapa de su vida. No prolonga ni acorta la vida, respeta el momento natural de la muerte. Es aplicable en todas las instituciones de Salud Públicas, Sociales y Privadas que prestan servicios en la CDMX. Es un derecho de todos los habitantes de la Ciudad de México y de quienes reciben atención médica dentro de ella.

Los requisitos son que el paciente debe de: 1) Ser mayor de 18 años; 2) estar en pleno uso de sus facultades mentales; 3) acudir ante un Notario Público; 4) elegir un representante y un representante sustituto; 5) se firma ante dos testigos; 6) presentar identificación oficial vigente (credencial de elector, cartilla militar, pasaporte, cédula profesional) de solicitante, representantes y testigos; 7) Cubrir costo el cuál será de 1200 pesos para la población en general y de 400 pesos para mayores de 75 años.

El paciente necesitará un representante en caso de que: 1) La enfermedad terminal se encuentre muy avanzada (el paciente se encuentre en situación de agonía) y el paciente no tiene pleno uso de sus facultades mentales; 2) la capacidad cognitiva de la persona se encuentre comprometida (ej. demencia avanzada, síndrome de Down); 3) sea menor de edad.¹³⁵

El trámite de Voluntad Anticipada lo han realizado: más las mujeres en un 65%; entre 65 y 79 años en el caso de hombres; y entre 55 y 74 años entre mujeres. Dentro de las diez principales causas de muerte siete se relacionan directa o indirectamente con enfermedades crónico-degenerativas.¹³⁶ Actualmente 11 entidades de la República Mexicana han creado leyes de voluntad anticipada: Aguascalientes, Chihuahua, Coahuila, Colima, Ciudad de México, Estado de México, Guerrero, Hidalgo, Michoacán, Nayarit y San Luis Potosí.

En 2016 el proyecto de Constitución de la Ciudad de México aprueba el derecho a la muerte digna con 56 votos a favor y 27 en contra. Se establece en el Artículo 6:

¹³⁵ Secretaría de Salud de la Ciudad de México, *Voluntad anticipada*, [en línea], Dirección URL: <http://www.salud.cdmx.gob.mx/actividades/voluntad-anticipada> [Consulta: 18 de enero de 2018]

¹³⁶ Secretaría de Salud de la Ciudad de México, *Baja el costo del documento de voluntad anticipada en la Ciudad de México*, [en línea], Dirección URL: <http://www.salud.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/baja-el-costodel-documento-de-voluntad-anticipada-en-la-cdmx> [Consulta: 18 de enero de 2018]

“Este derecho humano fundamental deberá posibilitar que todas las personas puedan ejercer plenamente sus capacidades para vivir con dignidad. La vida digna contiene implícitamente el derecho a una muerte digna.”¹³⁷

Sin embargo, es importante resaltar que NO se aprueba la eutanasia activa o el suicidio asistido como métodos de una muerte digna y aún está en proceso la propuesta de la ley secundaria que se encargaría de su regulación. La diferencia entre muerte digna de acuerdo a Asunción Álvarez:

La muerte digna implica morir sin sufrimiento (o el menor posible) y en condiciones acordes a los valores de la persona que muere, pero el mismo concepto se ha utilizado para defender posiciones contrarias sobre las decisiones médicas al final de la vida. [...] ambas buscan que las personas mueran con dignidad. Sin embargo, una considera que para ello no es necesaria la eutanasia porque basta con una adecuada atención médica al final de la vida que incluya los cuidados paliativos para aliviar el sufrimiento de un paciente. La otra reconoce que los cuidados paliativos tienen límites y cuando no pueden evitar el sufrimiento de un enfermo, éste podría preferir poner fin a su vida y pedir ayuda a su médico para que le cause una muerte sin dolor, [eutanasia]. De manera que la muerte digna es una condición; los cuidados paliativos, la eutanasia y otras decisiones médicas al final de la vida son medios para lograr esa condición que todos consideramos deseable.¹³⁸

Es así que queda claro que no podemos hablar de muerte digna como equivalente a la práctica de la eutanasia o del suicidio asistido ya que en caso de que se legalizara la eutanasia se debe modificar el Código Penal y la Ley General de Salud. No obstante, la muerte digna significa un avance en la materia.

Según resultados de la Encuesta Nacional sobre Muerte Digna 2016 realizada por la asociación Investigación en Salud y Demografía, S.C., revelaron en noviembre de 2017 que: 70% de los mexicanos están a favor de la eutanasia; 71% piensa que deben cambiar las leyes para permitir que los enfermos puedan recibir ayuda para

¹³⁷ Constitución Política de la Ciudad de México 2017, [en línea], Dirección URL: http://infodf.org.mx/documentospdf/constitucion_cdmx/Constitucion_%20Politica_CDMX.pdf

¹³⁸ Asunción Álvarez del Río, *Un avance, aprobar el derecho a una muerte digna en la CDMX*, El Universal, 15 de enero de 2017, [en línea], Dirección URL: <http://www.eluniversal.com.mx/entrada-de-opinion/asuncion-alvarez-del-rio/nacion/politica/2017/01/15/un-avance-aprobar-el-derecho> [Consulta: 18 de enero de 2018]

terminar con su vida si así lo deciden; 56.4% está de acuerdo con que el médico le ayude a morir a un paciente terminal proporcionándole sustancias que él tomaría por sí mismo, es decir, a favor del suicidio asistido; 70% de los católicos cree que un paciente en fase terminal debe contar con la opción de adelantar su muerte.¹³⁹ Cabe destacar que, comparando la historia de la legalización de la eutanasia y/o suicidio asistido en otros países, la participación ciudadana ha sido de vital importancia.

2.1.10 Reino Unido

Tanto el suicidio asistido como la eutanasia activa están prohibidos en Reino Unido por la sección 2 del Acta de Suicidio de 1961 en donde se estipula que: "Ayudar, instigar, aconsejar o procurar el suicidio de otro o un intento de otro de suicidarse" y es punible con una condena de hasta 14 de años de prisión.¹⁴⁰ A pesar de la legislación, ningún médico ha sido condenado por suicidio asistido a pesar de que muchos de ellos afirman estar involucrados.

En Escocia no existe una ley específica sobre suicidio asistido, aunque en teoría una persona puede ser procesada bajo la legislación de homicidio. La ley en Irlanda del Norte es casi idéntica a la de Inglaterra y Gales.¹⁴¹ La única alternativa que tienen los pacientes con enfermedades terminales en Reino Unido es rechazar algún tratamiento que podría extender la vida de alguien o los cuidados paliativos.

En 2015 el Parlamento rechaza, por tercera vez desde 1997, el proyecto de ley de suicidio asistido con 330 votos en contra y 118 a favor en Inglaterra y Gales.¹⁴² Si bien el debate en torno a la muerte asistida en Reino Unido ha sido muy frecuente y que la población, incluyendo gran parte de la profesión médica está a favor del suicidio asistido el Parlamento británico sigue rechazando esta iniciativa.

¹³⁹ Adeiana Malvido, *En México también queremos eutanasia*, El Universal, 08 de noviembre de 2017, [en línea], Dirección URL: <http://www.eluniversal.com.mx/columna/adriana-malvido/cultura/en-mexico-tambien-queremos-eutanasia> [Consulta: 18 de enero de 2018]

¹⁴⁰ Suicide Act 1961, 1961 Chapter 60 9 and 10 Eliz 2, [en línea], Dirección URL: <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/Eliz2/9-10/60> [Consulta: 13 de enero de 2018]

¹⁴¹ Leonarfo Boix, *Gran Bretaña: el derecho a morir*, Proceso, 17 mayo de 2013, [en línea], Dirección URL: <http://www.proceso.com.mx/342305/gran-bretana-el-derecho-a-morir-3> [Consulta: 13 de enero de 2018]

¹⁴² James Gallagher and Philippa Roxby, *Assited Dying Bill: MPs reject right to die law*, BBC NEWS, 11 de septiembre de 2015, [en línea], Dirección URL: http://protestantedigital.com/internacional/37281/Reino_Unido_rechaza_legalizar_la_eutanasia [Consulta: 13 de enero de 2018]

2.1.11 Suiza

En Suiza la eutanasia está prohibida por el artículo 114 del Código Penal:

Muerte a solicitud de la víctima. El que, movido por un motivo honorable, en particular el de piedad, dé la muerte a una persona que la haya solicitado de una manera seria e insistente, será castigado con una pena privativa de la libertad de un máximo de tres años o de una sanción pecuniaria.

No obstante, el suicidio asistido es aceptado desde 1941 por una laguna jurídica en el artículo 115:

Incitación y asistencia para el suicidio. El que, movido por motivo egoísta, incite a una persona al suicidio o le preste asistencia para suicidarse, y el suicidio se consuma o intento, será castigado con una pena privativa de la libertad de un máximo de cinco años o de una sanción pecuniaria.¹⁴³

El suicidio asistido será permitido siempre y cuando se realice por motivos altruistas, dejando un amplio campo de interpretación en torno a este concepto. A diferencia de los demás países, en Suiza se permite que no sólo médicos lleven a cabo esta práctica. Los médicos son únicamente necesarios para la prescripción del fármaco letal por lo que existen asociaciones que, amparadas en la ley, ayudan a morir a personas que quieren suicidarse. Los solicitantes no siempre padecen enfermedades terminales, también se apoya a quienes tienen enfermedades psiquiátricas o simplemente cansancio de vida.

Suiza cuenta con dos organizaciones principales que brindan el apoyo a las personas que solicitan la ayuda al suicidio: EXIT con sede en Berna y DIGNITAS con sede en Zurich. A diferencia de los demás países, esta última asociación permite la asistencia a extranjeros.

En **2006** el Tribunal Federal Suizo dictaminó que todas las personas de buen juicio, independientemente de si padecen una enfermedad mental, tienen derecho a decidir la forma de su muerte.¹⁴⁴ Sin embargo, en **2012** el cantón suizo de Vaud se

¹⁴³ Le Conseil fédéral, *Code pénal suisse*, du 21 décembre 1937, [en línea], Dirección URL: <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19370083/index.html> [Consulta: 22 de enero de 2018]

¹⁴⁴ s/a, *Assisted suicides increase in Switzerland*, Swiss Info, 11 de octubre de 2016, [en línea], Dirección URL: https://www.swissinfo.ch/eng/society/latest-statistics_assisted-suicides-increase-in-switzerland/42508452 [Consulta: 22 de enero de 2018]

convierte en el primero en tener una ley para regular la asistencia al suicidio en las residencias de ancianos y en los hospitales. La condición: la persona que lo solicite debe sufrir de una enfermedad incurable y ser capaz de discernir.¹⁴⁵

Según la Oficina Federal de Estadística, en el año **2014** se registraron 724 casos, un 26% más que en 2013 y más de 2.5 veces que en el 2009. Los suicidios asistidos representaron alrededor del 1,2% de los decesos en Suiza y el 94% de las personas tenían más de 55 años. En el 42% de los casos tenían cáncer, 14% enfermedades neurodegenerativas y 10% problemas musculoesqueléticos.¹⁴⁶

A diferencia de otros países (Holanda, Bélgica, Estados Unidos, Canadá) el suicidio asistido no está regulado claramente y no existen leyes específicas que determinen en qué condiciones una persona puede pedir la asistencia. Entre 2008 y 2012 casi dos tercios de todos los casos de suicidio asistido fueron para extranjeros. Finalmente, el gobierno suizo no requiere que se informe de los casos de suicidio asistido ni de divulgación regular de informes públicos.

¹⁴⁵ s/a, *Aprueban regular el suicidio asistido en Suiza*, Excelsior, Ginebra, 18 de junio de 2012, [en línea], Dirección URL: <http://www.excelsior.com.mx/2012/06/18/global/841862> [Consulta: 22 de enero de 2018]

¹⁴⁶ Swiss Federal Statistical Office, *Suicide and assisted suicide in Switzerland 2014*, [en línea], Dirección URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/en/home/news/whats-new.assetdetail.1023146.html> [Consulta: 22 de enero de 2018]

2.2 Implicaciones éticas y morales

El propósito de este apartado es exponer los principales argumentos de la muerte asistida en el ámbito ético y moral, centrándome en la perspectiva religiosa a través del cristianismo y de la bioética. La religión ha sido una variable determinante en la configuración de la sociedad y específicamente en la época moderna en los países estudiados el cristianismo se ha encargado de imponer los códigos de conducta a través del discurso.

En cuanto a la percepción del suicidio asistido, la religión se ha encargado de estigmatizar a las personas que se pronuncian a favor como pecadores o criminales en el caso de los doctores que practican eutanasia. La argumentación en contra se centra en cuatro principales pilares: Dios como único dueño de la vida, sufrimiento no justifica el deseo de morir, el ser humano debe de luchar por la conservación de la vida y el deseo de morir es un grito de desesperación sin racionalización previa y un atentado contra el individuo, Dios y la humanidad.

Además, se comparará la cifra de personas cristianas residentes de los países analizados con la situación legal de la muerte asistida. Resaltando que para su aceptación la sociedad civil jugó un papel fundamental, sin importar creencia religiosa. Razón por la cual la Iglesia ha tenido que crear espacios de debate como la Asamblea “Acompañar la vida: nuevas responsabilidades en la era tecnológica”, entre otras.

En cuanto al debate bioético se aborda desde un análisis multidisciplinario denominado Bioética Global, el cual se encarga de realizar un planteamiento decolonial, dejando de lado la perspectiva médico-paciente. Fundamento la teoría en cuatro valores fundamentales: la autodeterminación, la libertad, la justicia y la dignidad humana; sin olvidar la situación de violencia en las diferentes esferas sociales que aquejan a la población. Finalmente, institucionalmente se aborda la posición de la UNESCO frente al auge del debate bioético y su argumentación a favor de la muerte asistida.

Es importante resaltar que se aborda la defensa de la muerte asistida para personas que tienen una enfermedad terminal y que sufren dolor insoportable, ya que los controles de calidad de la vida humana son subjetivos. En caso de tomar en cuenta el producto interno bruto de algún país, la expectativa de vida, costo de la canasta

básica de alimentos u otros factores de la estadística nacional los seres humanos que se encuentran hasta bajo en la escala y que no disfrutan una vida digna tendrían la necesidad o posibilidad de solicitar una muerte asistida. Ya que sus padecimientos además de insoportables no tienen esperanza de mejora, tal como se argumenta éticamente para la defensa de la bioética.

2.1.1 Perspectiva religiosa

Sin duda alguna la religión ha sido una variable determinante en la configuración y construcción de las diversas sociedades, marcando los parámetros morales públicos y privados a seguir. Para fines de esta investigación nos centraremos en el análisis del discurso manejado por el cristianismo y sus variantes, siendo la religión alrededor de la que se han articulado las naciones occidentales y específicamente las analizadas en este estudio.

Si bien existen diferencias entre las variantes del cristianismo, las principales son: la Iglesia Católica, la Iglesia Ortodoxa y la Iglesia Protestante, los puntos compartidos son los siguientes:

- Religión monoteísta.
- La fuente del dogma se expresa en La Biblia.
- Afirmación que Dios creó y conserva el universo.
- La misión de Jesús en la tierra fue la reconciliación entre el ser humano y Dios a través de su muerte como sacrificio por los pecados de la humanidad.
- Perdón de los pecados a través de una serie de rituales.

El cristianismo se ha encargado de elaborar e imponer códigos de conducta propios, basados en principios morales que descansan en dogmas. Dogmas que anteriormente se impusieron bajo violencia institucional pero que se siguen imponiendo en la actualidad bajo métodos más sutiles como el manejo del discurso. Del inicial “Dios lo quiere porque es bueno” terminaría por derivarse al “es bueno porque Dios lo quiere” y, con ello, la referencia última de la moralidad pasará a ser el que “lo manda Dios” y, en su nombre, quienes dirigen sus iglesias.¹⁴⁷

¹⁴⁷ Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente, *Las Religiones contra la Eutanasia*, Madrid, 2016, [en línea], p. 7, Dirección URL: <https://www.eutanasia.ws/documentos/Revista/REVISTA73.pdf> , [Consulta: 30 de marzo 2018].

En este sentido, el tema de la eutanasia y el suicidio asistido ha quedado estrictamente prohibido y mal visto porque no corresponde a lo que Dios manda. Desde el Decálogo de Moisés, se presenta la prohibición de matar como uno de los mandamientos divinos. La muerte asistida resulta entonces ser una grave violación del Quinto Mandamiento -“no matarás”:

Aquellos cuya vida se encuentra disminuida o debilitada tienen derecho a un respeto especial. Las personas enfermas o disminuidas deben ser atendidas para que lleven una vida normal como sea posible. Cualesquiera que sean los motivos y los medios, la eutanasia directa consiste en poner fin a la vida de personas disminuidas, enfermas o moribundas. Es moralmente inaceptable. Por tanto, una acción o una omisión que, de suyo o en la intención, provoca la muerte para suprimir el dolor, constituye un homicidio gravemente contrario a la dignidad de la persona humana y al respeto del Dios vivo, su Creador. El error de juicio en el que se puede haber caído de buena fe no cambia la naturaleza de este acto homicida, que se ha de rechazar y excluir siempre.¹⁴⁸

Especialmente en el caso del suicidio, el cristianismo se encargó de calificarlo como “obra del demonio”. En la Europa cristiana de 1600, el suicida era considerado del mismo modo que el más vil de los criminales. Todavía en el siglo XX la eutanasia, el aborto y el suicidio fueron clasificados como los peores pecados de la época.

Los principales argumentos expuestos por la Congregación de la Doctrina de la Fe en 1980 en contra de la muerte asistida son los siguientes:

1) Dios es dueño de la vida. Nosotros sólo la administramos. Para el cristianismo la vida es una propiedad divina y, como tal, mantiene su valor incluso en medio de sufrimientos. La vida es una ley natural y que la vida es un valor absoluto y parte inherente del ser humano, que como tales, todos los seres humanos están impelidos a respetar. Se ha encomendado la vida como un bien que debe dar frutos en la tierra hasta que Dios lo decida. La muerte asistida es un pecado contra Dios ya que como don divino que es, la vida es siempre valiosa. Toda vida es igualmente valiosa desde el momento de la concepción hasta su final biológico, sin importar las

¹⁴⁸ Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe, *Declaración iura et bona sobre la Eutanasia*, Roma, desde la Sede de la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe, 5 de mayo de 1980, [en línea], Dirección URL: [http://www.vatican.va/system/sling/cqform/defaultlogin.html?resource=%2Froman_curia%2Fcongregations%2Fcfait_h%2Fdocuments%2Frc_con_cfaith_do&login\\$\\$=%24%24login%24%24](http://www.vatican.va/system/sling/cqform/defaultlogin.html?resource=%2Froman_curia%2Fcongregations%2Fcfait_h%2Fdocuments%2Frc_con_cfaith_do&login$$=%24%24login%24%24) [Consulta: 28 de marzo de 2018]

condiciones de la misma, especialmente en el caso de las personas mayores, enfermos mentales o personas con padecimientos crónicos y terminales. Dios nos dio la vida y es el único con la capacidad de quitarla.

2) Sufrimiento no es justificación para darse muerte o solicitarla. El sufrimiento resulta tener un valor místico e incluso expiatorio. El sufrimiento nos prepara para el encuentro con Dios tal como su Hijo Jesús lo padeció. Es una participación en la Pasión de Cristo y una unión con el sacrificio redentor que ofreció. En el caso de la muerte asistida no caben consideraciones respecto a la calidad de vida basada en la presencia del sufrimiento, ya que estarían aceptando al menos una parte del sufrimiento y se asociarían así de modo consciente.

3) El suicidio asistido/ eutanasia contradice la inclinación natural del ser humano a conservar y perpetuar su vida. Tanto el suicidio como la eutanasia son equiparables al asesinato, se comete un crimen de extrema gravedad, incluso si la intención de quien da la muerte es compasiva. El precepto divino “no matarás” no hace distinciones en virtud de la intención. Es contrario a amarse a sí mismo y al prójimo porque rompe injustamente el vínculo de relaciones humanas. Es considerado una negación de la natural aspiración a la vida, una renuncia frente a los deberes de justicia y caridad hacia el prójimo, hacia las diversas comunidades y hacia la sociedad entera.

4) La solicitud del enfermo es un grito de desesperación. Las súplicas de los enfermos muy graves que alguna vez invocan la muerte no deben ser entendidas como expresión de una verdadera voluntad de morir; éstas, en efecto, son casi siempre peticiones angustiadas de asistencia y de afecto. Además de los cuidados médicos, lo que necesita el enfermo es el amor, el calor humano y sobrenatural con el que pueden y deben rodearlo todos aquellos que están cercanos, padres e hijos, médicos y enfermos.¹⁴⁹

Es así como el cristianismo visualiza la eutanasia y el suicidio asistido como una violación a la ley divina, una ofensa a la dignidad de la persona humana, un crimen contra la vida y finalmente como un atentado contra la humanidad. No obstante, considero que los códigos éticos y morales establecidos por la iglesia cristiana deberían de permanecer en la esfera privada de cada ser humano, es decir, con base en el libre

¹⁴⁹ *Idem*

albedrío dotado por Dios según el dogma, cada persona debe de decidir si desea sufrir psicológicamente o físicamente en caso de una enfermedad terminal.

El sufrimiento no recae únicamente en el enfermo, sino también en la familia o gente cercana al mismo. Hay enfermedades que al no tener medidas paliativas efectivas, produce una muerte lenta y dolorosa en donde quien debe decidir es quién lo padece, basado en sus códigos morales y tomando en cuenta siempre la perspectiva de vida digna que cada persona tenga.

A continuación se presentará un cuadro en donde se indica el porcentaje de cristianos y sus variantes, en cada país analizado y la permisión de la muerte asistida, tanto en el caso de la eutanasia como el suicidio asistido.

Tabla 12. Porcentaje de cristianos (y variantes) en comparación con situación de la muerte asistida.

País	Cristianos	Eutanasia	Suicidio asistido
Alemania	58%	No	Sí
Bélgica	52.5%	Sí	Sí
Canadá	65.6%	No	Sí
Colombia	93%	Sí	No
Estados Unidos	66%	No	Sí
Francia	66%	No	No
Reino Unido	59.7%	No	No
Países Bajos	38.3%	Sí	Sí
Luxemburgo	70.4%	Sí	Sí
México	91%	No	No
Suiza	68%	No	Sí

Fuente: Elaboración propia con datos de CIA, World FactBook, Dirección URL: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/>

En cada uno de los países analizados, el cristianismo resulta ser la religión con mayor practicantes, contabilizando más del 50% de creyentes en el total de la población, excepto en el caso de Holanda en donde únicamente tiene 38%. Tomando en cuenta que en el caso de la eutanasia es una tercera persona la que lleva a cabo la acción, no se permite en la mayor parte de países analizados, cuestión que podría ligarse directamente con la concepción de homicidio/crimen planteado por el discurso eclesiástico. Sin embargo, en el caso del suicidio asistido la paradoja que existe entre la correlación de creyentes y su situación legal contradice totalmente los códigos éticos planteados por el cristianismo.

Si bien el suicidio asistido se basa totalmente en el libre albedrío, cosmovisión de la vida digna y la acción es llevada a cabo directamente por el solicitante, la situación jurídica es permisiva en este sentido. Recordando que en la mayoría de los países la aceptación legal del suicidio asistido se basó en una serie de demandas por parte de la población, sin tomar en cuenta posición religiosa. Específicamente en el caso de Canadá, el 76% de los cristianos están a favor, de los cuales 78% son católicos.¹⁵⁰

Aunado a esto, el interesante análisis del profesor Ignacio Sánchez Cuenca sobre la encuesta del CIS realizada en 2009 en Madrid, España; relativa a la opinión ciudadana sobre la muerte digna, pone en evidencia la escasa influencia de la adscripción religiosa en el grado de aceptación o rechazo. La mayoría, el 60%, de quienes se identificaron como católicos, se mostraban a favor de ella, en abierta contradicción con la postura oficial de la jerarquía eclesial.¹⁵¹

Considerando el alto índice de aceptación de la muerte digna en la población sin importar creencias religiosas, la eutanasia y el suicidio asistido así como los derechos y valores inherentes al ser humano en torno a este tema ocupan un puesto importante en la agenda internacional. La fuerte presión por parte de la sociedad civil, ha impulsado la discusión en el Vaticano sobre la muerte asistida. Se ha intentado replantear y reivindicar la postura frente a esta práctica.

El 24 de febrero de 1998 el Papa Juan Pablo II crea la Pontificia Academia por la Vida con el objetivo de estudiar, defender, promover e informar sobre los principales problemas en torno a la biomedicina y el derecho, específicamente sobre la defensa de la vida, el valor de la vida y dignidad del ser humano; y su relación con la moral cristiana. Se conforma por 70 miembros nombrados por el Papa y se incluyen investigadores especializados en la materia.¹⁵²

¹⁵⁰ Dying with Dignity Canada, *Groundbreaking poll: 8 in 10 Canadians support the right to advance consent for assisted dying*, 11 febrero de 2016, [en línea], Dirección URL: http://www.dyingwithdignity.ca/advance_consent_assisted_dying_poll, [Consulta: 30 de marzo de 2018]

¹⁵¹ Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente, *Op. cit.*, p. 15

¹⁵² La Curia Romana, *Pontificia Academia para la Vida*, [en línea], Dirección URL: http://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_academies/acdlife/index_sp.htm [Consulta: 26 de marzo de 2018]

En octubre de 2017 se llevó a cabo una Asamblea llamada “Acompañar la vida: nuevas responsabilidades en la era tecnológica”, en donde uno de los temas a discutir fue la muerte asistida. Las conclusiones más importantes se centran en cuatro ejes:

- No se trata, por supuesto, de negar o reducir la legitimidad de la aspiración individual a la calidad de vida y la importancia de los recursos económicos y de los medios técnicos que pueden favorecerla. Sin embargo, no se puede pasar por alto el materialismo sin prejuicios que caracteriza la alianza entre la economía y la técnica y que trata la vida como un recurso para ser explotado o descartado en función del poder y el beneficio.

- La pasión por acompañar y cuidar la vida, a lo largo de todo el arco de su historia individual y social, requiere la rehabilitación de un *ethos* de la compasión o de la ternura para la generación y regeneración del ser humano en su diferencia. Se trata de reencontrar sensibilidad para las diferentes edades de la vida, especialmente las de los niños y los ancianos. Todo lo que hay en ellas de delicado y frágil, de vulnerable y corruptible, no es una cuestión que respete solamente a la medicina y al bienestar. Están en juego partes del alma y de la sensibilidad humana que piden ser escuchadas y reconocidas, custodiadas y apreciadas, tanto por los individuos como por la comunidad. Una sociedad en la que todo esto pueda solamente ser comprado y vendido, regulado burocráticamente y técnicamente predispuesto, es una sociedad que ya ha perdido el sentido de la vida.

- Inicio de la cultura del descarte, que incluso es promovida. La situación socio-demográfica del envejecimiento nos revela claramente la exclusión de la persona anciana, especialmente si está enferma, con discapacidad o vulnerable por cualquier razón. En la base de las discriminaciones y de las exclusiones está una cuestión antropológica: cuánto vale el hombre y sobre qué se basa el valor de la persona. La salud no es de por sí garantía de la felicidad: ésta, de hecho, puede verificarse también en presencia de una salud precaria. La plenitud a la cual tiende toda una vida humana no está en contradicción con una condición de enfermedad y sufrimiento. Por tanto, la falta de salud y la discapacidad no son nunca una buena razón para excluir o eliminar a una persona, la más grande privación que las personas ancianas sufren no es la

debilidad del organismo y su discapacidad sino el abandono, la exclusión y la privación del amor.¹⁵³

Con la existencia de la Academia, el tema de la muerte asistida sin duda será cada vez más recurrente en las mesas de debate. Se deberá replantear la postura eclesial en torno a la concepción que se tiene principalmente sobre los enfermos terminales, que si bien como se menciona existe una cultura de descarte frente a los ancianos y enfermos mentales, quienes padecen una enfermedad crónica y degenerativa son los principales solicitantes de una muerte digna en la mayoría de los países en donde es permitido. Se debe abordar este tema desde una reflexión filosófica y ética, dejando de lado la cuestión meramente religiosa, se debe plantear y dar solución a esta problemática dentro de una sociedad plural y laica. Sin dar pie a la exclusión social de los vulnerables.

2.1.2 Perspectiva bioética

La bioética debe ser analizada desde una perspectiva holística, es decir, tomando en cuenta diversos factores sociales, económicos, políticos, éticos, médicos y filosóficos. Se debe dejar atrás la perspectiva limitada en la cual únicamente se toma en cuenta el vínculo médico-paciente planteado en la tendencia epistemológica y política concebida y difundida en Europa y Estados Unidos.

Es por esta razón que retomando la perspectiva de la Bioética Global planteada por Aldo Leopold en 1940 y posteriormente por el oncólogo estadounidense Van Rensselaer Potter en 1971 podemos entender que surge como una reflexión crítica a los conflictos éticos que, bajo un marco capitalista y como consecuencia de los modelos de acumulación y consumo, trastocan no solo la vida humana, sino la naturaleza en su totalidad.¹⁵⁴ Es decir, con los constantes adelantos tecnológicos el ser humano está consumiendo el entorno y con ello su propia vida, poniendo en constante peligro su

¹⁵³ Vaticano, *Discurso del Santo Padre Francisco a los participantes en la Asamblea General de los Miembros de la Pontificia Academia para la vida*, Aula del Sínodo, 5 de octubre de 2017, [en línea], Dirección URL: https://w2.vatican.va/content/francesco/es/speeches/2017/october/documents/papa-francesco_20171005_assemblea-pav.html [Consulta: 27 de marzo de 2018].

¹⁵⁴ UNESCO, *Revista Redbioética*, Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética/ UNESCO, Año 7, Vol. 1, No. 13, enero-junio de 2016, [en línea], Dirección URL: <http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Montevideo/pdf/RevistaBioetica13.pdf> p. 91

salud física y mental, aunado a las repercusiones que esto implica en una sociedad desigual.

Es importante resaltar que está relacionado desde su origen a una revisión crítica en su dimensión epistemológico-tecnológica y sobre todo económica-política de la modernidad capitalista colonial.¹⁵⁵ A pesar de que el país de origen de dicha teoría es Estados Unidos, la Bioética Global se encarga de criticar el concepto planteado por la bioética meramente médica y logra entrelazar el análisis de los principios morales universales con el análisis de la situación político-económico-social del sistema actual.

Si bien los valores sobre los cuales se asienta la bioética, la autodeterminación, la libertad, la justicia y la dignidad humana, son “universales”; las condiciones sociales, culturales y económicas no presentan las mismas oportunidades para todos.

En este sentido, Alya Saada menciona que la bioética debe vincularse con la cotidianidad de la vida, es decir, tomando en cuenta factores como: exclusión-inclusión social, vulnerabilidad, guerra, paz, segregaciones, salud pública, desterritorialización, contaminación ambiental. Debe estar al servicio de los problemas y soluciones sociopolíticas que contribuyan al bienestar humano en armonía con la naturaleza.¹⁵⁶

Es así que con base en lo anterior podemos definir la bioética como una reflexión crítica y colectiva sobre los conflictos que afectan directamente la vida y el medioambiente. Abarca diferentes esferas como la sanitaria, social, ética, política y medioambiental a la luz de valores y principios morales universales para la construcción de sociedades con salud y oportunidades igualitarias, paz y justicia.

A nivel internacional, la UNESCO ha tenido fuerte injerencia en el tema de bioética tanto a nivel individual como a nivel social, contemplando problemas como las condiciones de inequidad, injusticia, marginalidad, exclusión social, pobreza y otras determinantes que vulneran gravemente los derechos humanos.¹⁵⁷ Su línea de acción se ha encaminado a la interdisciplina, creando así el Comité Internacional de Bioética en 1993. Está formado por miembros de todos los países y ha fungido como guía para

¹⁵⁵ Anibal Quijano, *Colonialidad del poder y clasificación social*, Journal of World-Systems Research, VI, 2, 2000.

¹⁵⁶ Alya Saada, *Estatuto epistemológico de la Bioética*, Universidad Nacional Autónoma de México- Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética de la UNESCO, México, No. 1, XV, 2005.

¹⁵⁷ UNESCO, *Op. cit.*, p. 13

la elaboración de declaraciones que aportan un marco normativo para el desarrollo de diferentes prácticas científicas, legislativas y biotecnológicas a nivel mundial.

Uno de los temas más controversiales ha sido la defensa de la muerte asistida. Resulta ser uno de los grandes retos para la bioética, sin embargo, el debate se ha centrado en la aceptación o prohibición, sin tomar en cuenta la correcta regulación considerando las diferentes esferas que ésta involucra. Actualmente, se puede palpar una desigualdad creciente en el sistema sanitario en donde la privatización de los sistemas asistencialistas y la disminución de los mecanismos de protección social se han encargado de vulnerabilizar aún más a ciertos grupos de la población, como los enfermos terminales, enfermos mentales o personas con hastío vital, impidiendo la obtención de los cuidados necesarios para brindar una vida o muerte digna.

Analizando los valores sobre los cuales se asienta la argumentación a favor de la muerte asistida, podemos deducir que en cuanto a la autodeterminación del individuo podemos entender que la autonomía y dignidad son la base teórica-filosófica para fundamentar el suicidio asistido. La elección de la muerte no debe ser tomada por el Estado ni por terceras personas, es el dueño de la misma quien debe decidir sobre su condición y se debe respetar. Cada ser humano es libre de diseñar su propio proyecto de vida, fijándose metas y objetivos; y definiendo cuando la prolongación de la vida resulta peor que la muerte.

La autonomía, según Ronald Dworkin es “el derecho de las personas a tomar por ellas mismas las decisiones importantes que definen sus propias vidas.”¹⁵⁸ ¿Qué más importante que decidir cuándo y cómo morir? Dan Brock, complementa esta definición con el respeto a los valores de cada sujeto: “el interés que tienen las personas en tomar por sí mismas las decisiones importantes acerca de sus vidas, de conformidad con sus propios valores o concepciones de lo que es una vida buena, y en la libertad de actuar según esas decisiones.”¹⁵⁹

Con base en lo anterior podemos argumentar que el Estado es quien debe de proporcionar los medios económicos, políticos y sociales para respetar la

¹⁵⁸ Mark Platts, Lecuona Laura, *Dilemas Éticos*, Instituto de Investigaciones Filosóficas, Fondo de Cultura Económica, 1ª reimpresión, México, 2000, pp. 108-109

¹⁵⁹ *Ibidem*, p. 109

autodeterminación de aquellas personas que sufren enfermedades crónicas, degenerativas e insoportables. Si bien la concepción de una buena vida, varía según el contexto social, es imprescindible puntualizar la perspectiva de cada individuo sobre sí mismo ante su incapacidad de producción; sobre la cual no debería de considerarse razón suficiente para aceptar el suicidio asistido. Desde mi perspectiva únicamente se debe tomar en cuenta a las personas con enfermedades terminales en donde el dolor no permita llevar una vida digna.

En relación con la noción de libertad, podemos entenderla como “[...] la capacidad de autorrealizarse, de construirse su propia vida moral, de asumir su propia responsabilidad en las decisiones y en las acciones.”¹⁶⁰ Con base en la libertad individual y autonomía del paciente nadie tiene derecho a imponer la obligación de seguir viviendo a una persona que, en razón de un sufrimiento extremo, ya no lo desea. No obstante, no podemos hablar de libertad sin mencionar la justicia.

Afirmaba Kant que cada acción es justa (se justifica en sí misma) si la libertad de voluntad de cada ser humano puede coexistir junto con la libertad de cada uno sometida a la ley universal. De lo que surge que el principio de justicia es universal, es decir para todo el universo de seres que comparten la condición humana, pero que su ejercicio es individual y se valora por los actos que cada uno externaliza en la práctica social. La ley universal de justicia es: actúa externamente de tal modo que el libre uso de tu voluntad sea compatible con la libertad de cada uno de acuerdo con la ley universal.¹⁶¹

El suicidio asistido no se interpone ni viola ningún derecho de terceras personas, es meramente el individuo quien toma la decisión con base en su expectativa de vida y de estado de bienestar. Sin embargo, podría percibirse como injusto en tanto que no es asequible económicamente para todos aquellos que sufren enfermedades terminales o situaciones que no dignifiquen su vida. Si bien el fin (suicidio asistido) podría considerarse como justo, el medio no lo es.

Por eso, para ser justo, es necesario tratar a los iguales de forma diferente. Ciertos individuos y grupos son más frágiles y vulnerables que otros, necesitando una intervención y atención mayores del poder público para disminuir las diferencias

¹⁶⁰ Frosini Vittorio. *Derechos Humanos y bioética*, Santa Fé de Bogotá, Colombia, Temis, 1997, p. 16

¹⁶¹ Immanuel Kant, *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, México, Porrúa, 1983, p. 30

sociales e intentar igualar las oportunidades de acceso a los bienes. Aquí, el foco de la justicia no es igualdad, sino diversidad de situaciones, posibilitando así, a través de acciones y políticas públicas de promoción, alcanzar una disminución de las diferencias y una mayor igualdad social de oportunidades. Esa es la comprensión de la justicia como equidad.¹⁶²

Finalmente, “la dignidad es un valor espiritual y moral, relacionado con la vida en su dimensión humana, inherente a la persona que, se manifiesta en la autodeterminación consciente y responsable de la propia vida, que lleva consigo la pretensión al respeto por parte de los demás.”¹⁶³ La dignidad y la autonomía en torno al suicidio asistido se basan entonces en la capacidad que tiene cualquier ser humano de decidir cuándo y cómo desea morir, eliminando el mayor sufrimiento posible y cumpliendo con sus deseos. Se trata de la aplicación de la racionalidad y la autonomía individual para la libertad de ejercer su muerte.

Es en este punto en donde podemos considerar importante la paradoja que existe frente a la creación de empresas que lucren bajo el discurso de la dignidad humana. Según Kant “en el reino de los fines todo tiene un precio o una dignidad. Aquello que tiene un precio puede ser sustituido por algo equivalente; en cambio, lo que se halla por encima de todo precio y, por tanto, no admite nada equivalente, eso tiene dignidad.”¹⁶⁴ En este sentido, la dignidad y el ser humano resulta ser un fin en sí mismo, no comercializable, y no es un artículo de consumo. Entonces, en la época contemporánea bajo el sistema capitalista en su etapa neoliberal podemos entender que, ¿la muerte digna del ser humano se ha convertido en un nicho de mercado privando de dignidad a los seres humanos que no puedan costearla?

Con base en las condiciones sociales actuales, un acto de libertad, supone un acto de dignificación. La muerte asistida se presenta como un acto de dignificación y de liberación. Se trata de una reivindicación de la libertad, siempre y cuando la posición económica no determine la posibilidad que tiene cada sujeto en el medio para obtener el servicio.

¹⁶² UNESCO, *Op. Cit.*, p. 233

¹⁶³ Mayte Martínez Camargo, *Suicidio asistido en caso de enfermedades terminales*, Licenciado en Derecho, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2005, p. 73

¹⁶⁴ Immanuel Kant, *Op. Cit.*, p. 48.

Así pues, la vulnerabilidad de ciertos sectores de la población como los enfermos terminales, mentales o personas mayores con escasos recursos se ve violentada al constituir la muerte asistida como un punto de partida de negocios y acumulación de capital. Es precisamente en este sentido en el que el Estado debería de garantizar la posibilidad de acceder a este servicio a toda su población, brindando los medios económicos, políticos y jurídicos.

2.3 Implicaciones jurídicas

No cabe duda de que uno de los mayores retos que enfrenta la muerte asistida es la regulación legal a nivel mundial. Si bien, en algunos países se acepta el suicidio asistido o la eutanasia, en algunos existe una laguna jurídica en torno al tema y cómo se debe aplicar, las condiciones a tomar en cuenta, el método, etcétera. Es por esta razón que considero indispensable el análisis de la posición que debería tomar el Estado.

En este apartado se desarrollarán dos grandes variables: el papel del Estado y los Derechos Humanos específicamente en la práctica del suicidio asistido. En este sentido es importante resaltar que existen una serie de argumentos a favor y en contra de la regulación institucional y jurídica por parte del Estado ya que hasta cierto punto podría visualizarse como la incapacidad de garantizar ciertos derechos humanos como el derecho a la vida digna (en tanto la población no cuenta con las condiciones óptimas de desarrollo personal) o el derecho a la salud.

De igual manera se retomarán los conceptos de autonomía individual, dignidad, libertad y demás valores que han identificado a la modernidad y sobre los cuales se encuentran asentados los Estados y la defensa de los Derechos Humanos. En esta sección se argumentará a favor del suicidio asistido y su regulación jurídica. Así como de su consideración como Derecho Humano en condiciones específicas.

2.3.1 Regulación por parte del Estado

A pesar de que se ha demostrado y argumentado en diferentes debates a nivel internacional que el papel del Estado en la aceptación y regulación de la muerte asistida es fundamental, la situación actual bajo el sistema capitalista neoliberal no brinda un contexto favorable para que esto suceda. La constante defensa al individualismo limita la intervención del Estado y de los poderes públicos, ya que posiciona al individuo como único protagonista de la vida ética, económica y política de la muerte digna.

El Estado se limita principalmente a proveer seguridad jurídica y política a la propiedad privada y deja en segundo plano el cumplimiento de sus obligaciones sociales en las esferas de salud, educación y medio ambiente esencialmente. No cabe duda de que el Estado moderno ha reflejado su falta de interés en los sectores de la sociedad más vulnerables, en este caso, a los enfermos terminales, personas con alguna discapacidad motriz o que padecen alguna enfermedad mental.

La problemática del alcance de intervención que tiene el Estado en la regulación de la muerte asistida resulta ser complejo y multidimensional ya que remite a la revisión de los fundamentos de la estructura política moderna. El hecho de admitir la obligatoriedad de prestar y regular el servicio de la muerte asistida implica reconocer y garantizar que puede brindar ese derecho con dignidad. Esta situación resulta ser poco viable en ciertos países en donde los niveles de desigualdad, las insoportables condiciones de vida y la marginación de las clases sociales empobrecidas impiden la garantía de los derechos naturales, especialmente el derecho a la vida digna y por ende el derecho de los ciudadanos a una muerte digna.

Algunos de los argumentos en contra de la regulación de la muerte digna por parte del Estado mencionan que se encuentra obligado a velar únicamente por la vida y salud de los habitantes. Es en este sentido que al momento de utilizar el argumento de la “autonomía de la voluntad” se contribuye a consolidar una sociedad individualista que reproduce la soledad, desinterés y abandono de las personas mayores o que padecen alguna enfermedad terminal o mental.

No obstante es indudable que en muchos sentidos la etapa final de personas con enfermedades terminales suele ser muy dolorosa. Si bien el Estado debe velar por la vida y salud de los habitantes, también debe de hacerlo por la dignidad, evitando sufrimiento a quien no lo desea. Cabe resaltar que este argumento únicamente aplica para las personas que padecen enfermedades incurables, crónicas y extremadamente dolorosas, ya que en el caso de enfermedades mentales y personas de la tercera edad considero que resultan percibirse como una carga tanto para sus familiares como para el Estado al no poder mantener el nivel de producción económico y social exigido por el sistema.

En este sentido, las políticas públicas no deben victimizar a los grupos en condiciones de vulneración, sino empoderarlos para que puedan volverse protagonistas con el apoyo del Estado, de la superación de su situación de fragilidad social. Por eso, tiene el deber de dar resguardo a las necesidades esenciales, aquéllas que deben ser satisfechas para que el afectado pueda atender otras necesidades o intereses.¹⁶⁵

¹⁶⁵ KOTTOW, Miguel y SCHRAMM, *Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas*. Cad. Saúde Pública, volumen 17 (4): 949–956, Rio de Janeiro, Brasil, 2001, p. 953.

Siguiendo la argumentación en contra de la regulación de la muerte asistida por parte del Estado se menciona que la “libertad individual” suele confundirse con el derecho subjetivo. El derecho a elegir la forma y el momento de la muerte no obliga al Estado a facilitar los medios para llevar a cabo esta práctica, ni nos dota de la capacidad jurídica para reclamar legalmente. No todo aquello para lo que somos libres hace nacer un derecho subjetivo y menos frente al Estado.

En contraste con lo anterior, tomando en cuenta que el suicidio asistido y la eutanasia es una cuestión ética, social y política; en el Estado moderno occidental se reconoce, en el marco de los Derechos Humanos, la capacidad del individuo de defender su noción de integridad y dignidad. En este sentido en caso de que la vida ya no presente estas características para el enfermo terminal, el Estado debe brindar la legislación referida a la implementación de formas de muerte voluntaria. De ahí que, se requiere entonces, una participación activa y contextualizada como condición de legitimación de derechos a la integridad.

El Estado constitucional, como organismo que centraliza el poder político, adquiere la obligación de asegurar los derechos que por naturaleza posee el ser humano basados en la dignidad. Siguiendo esta lógica, si el suicidio asistido y la eutanasia tienen la misma base teórica, es obligación del Estado incidir directamente en los modos sociales e individuales de llevar a cabo esta práctica.

Otro de los obstáculos que presenta el Estado para la aceptación y regulación de la muerte asistida es la “unificación” de ideas, debe de superar el desafío que representa integrar la diversidad de creencias o sistemas de acción, sin que se dañe la validez en la esfera pública ni se reduzcan las libertades individuales. Por lo cual la filósofa española Adela Cortina propone que ambas posiciones deben reconocerse mutuamente en un sentido dialéctico y no antagónico. Cuanto más aisladas se manifiesten, serán más unilaterales. A su criterio, es necesario traspasar a una tercera posición, donde se conserve aquello irrenunciable de cada perspectiva pero estén

conjugadas en una opción superadora, transformando el individualismo en autonomía y colectivismo en solidaridad.¹⁶⁶

Acorde con el argumento anterior podemos añadir que el derecho constitucional se caracteriza por posicionar la dignidad humana como premisa antropológica-cultural, la defensa de los derechos fundamentales y la tolerancia, entre otras cosas. El orden jurídico del Estado y de la sociedad debe estar plasmado en la Constitución o en algún código legislativo para brindar un perfil sustantivo y procesal a las personas que decidan llevar a cabo el suicidio asistido o la eutanasia bajo el marco de las instituciones jurídicas y bajo la responsabilidad del jurista.¹⁶⁷

Ejemplificando lo anterior y revisando nuestros casos de estudio:

- Alemania: Si bien el Tribunal Federal permite el suicidio asistido a pacientes graves e incurables únicamente en casos individuales, es decir, no se permiten asociaciones con fines lucrativos. No obstante, esto no se encuentra establecido en el Código Penal dando pie a una laguna jurídica en el procedimiento que se debe llevar a cabo y posibilitando un alto margen de error al no estar regulado por el Estado.
- Bélgica: La problemática de regulación por parte del Estado radica en la no diferenciación entre eutanasia y suicidio asistido dejando libre albedrío para la práctica eutanásica. Existe una ley para su regulación en donde se establecen los requisitos y criterios a seguir para la muerte asistida, además de la Comisión Federal de Control y Evaluación de Eutanasia que depende económicamente del Estado, siendo el coste total 50 euros por la muerte asistida.
- Canadá: Existe la Ley de Asistencia para Morir en todo el país y se encuentra plenamente regulado por el Estado, dejando costos accesibles para la mayoría de la población.
- Colombia: El vacío jurídico de 12 años tuvo como consecuencia que las instituciones no sabían cómo proveer el servicio de la eutanasia por lo que en muchos casos el sufrimiento fue mayor.

¹⁶⁶ Gisela Farias, *Muerte voluntaria: sedación, suicidio asistido, eutanasia: etapa de agonía, dolor, encarnizamiento médico, decisiones ante el final de la vida, jurisprudencia, rechazo, abstención y retiro de tratamiento*, Buenos Aires, Astrea de Alfreo y Ricardo Depalma, 2008, p. 89

¹⁶⁷ Häberle, Peter, *Teoría de la constitución como ciencia de la cultura*, Madrid, Tecnos, 2000, p. 36.

- Estados Unidos: En contraste con los países antes analizados, a pesar de la alta regulación por parte del Estado la asistencia para la muerte digna resulta ser bastante costoso ya que el precio del medicamento, puede variar entre los 400 a 25 000 dólares. Es importante resaltar que además debe pagarse el servicio médico, los trámites jurídicos y todo el procedimiento indicado por la ley de cada entidad en donde es permitido.

- Holanda: La ley implementada establece una comisión encargada de valorar el cumplimiento de los requisitos y en caso de incumplimiento por parte del médico se puede penar hasta con 12 años de prisión. Abriendo la posibilidad de disminuir el índice de corrupción o de incumplimiento por parte del personal autorizado.

- Suiza: El caso de este país es diferente ya que la problemática reside en la laguna jurídica en torno al suicidio asistido. Como consecuencia se han creado una serie de empresas encargadas de esta práctica en las cuales existen irregularidades en el procedimiento y el costo económico es extremadamente alto; dejando de lado la defensa de la dignidad estipulada en la defensa de la muerte digna.

Finalmente, el Estado debe garantizar la dignidad humana haciendo a los ciudadanos sujetos de su actuación, deben ser partícipes en la toma de decisiones en torno al tema y sobre todo poder tener acceso a este servicio. Como pudimos analizar, la regulación permitiría menos intentos de suicidio fallidos en donde las personas sufren peores consecuencias físicas y psicológicas; también brindará un mayor margen de seguridad en el cumplimiento del procedimiento adecuado; disminuirán las prácticas eutanásicas clandestinas y se llevará un mayor registro en la contabilidad de casos efectivos; además de hacer un poco más asequible el servicio económica y jurídicamente.

En resumen, entre los respectivos deberes que tiene el Estado en torno a la salud pública se debe de tomar en cuenta la muerte asistida bajo la referencia ética de la justicia y derecho humano.

2.3.2 Libertad del ser humano al suicidio asistido como Derecho Humano.

Uno de los grandes logros adjudicados por la modernidad fue el reconocimiento de los derechos humanos. Según la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de la ONU, éstos son:

[...] derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición. Todos tenemos los mismos derechos humanos, sin discriminación alguna. Estos derechos son [universales], interrelacionados, interdependientes e indivisibles. [...] están a menudo contemplados en la ley y garantizados por ella, a través de los tratados, el derecho internacional consuetudinario, los principios generales y otras fuentes del derecho internacional.¹⁶⁸

En este sentido se entiende que la universalidad se basa en que todos los Estados tienen la obligación de promover, respetar y proteger todos los derechos humanos, sin importar sistema político, económico o cultural. Se deben adoptar medidas positivas para facilitar su disfrute y no interferir o limitarlos. Al ser interdependientes forman una unidad, es decir, el avance de uno facilita el avance de los demás, así mismo la privación de un derecho afecta negativamente a los demás.

Jorge Carpizo menciona algunas características complementarias de los derechos humanos: historicidad, en donde toma en cuenta la evolución y modificación social, resaltando los nuevos problemas, necesidad y retos a superar; progresividad, su concepción se va ampliando irreversiblemente, tanto en lo que se refiere al número y contenido como a la eficacia de su control, una vez reconocidos no es posible desconocerlos; eficacia directa, al ser reconocidos vinculan a todos los poderes públicos de un país, así como a autoridades, grupos y personas.¹⁶⁹

¹⁶⁸ Oficina del Alto Comisionado, *¿Qué son los derechos humanos?*, Organización de las Naciones Unidas, [en línea], Dirección URL: <http://www.ohchr.org/SP/Issues/Pages/WhatAreHumanRights.aspx>, [consulta: 14 de mayo de 2018].

¹⁶⁹ Jorge Carpizo. *Los derechos humanos: naturaleza, denominación y características*, Cuestiones Constitucionales Revista Mexicana de Derecho Constitucional, [S.l.], jan. 2011. ISSN 2448-4881, [en línea], Dirección URL: <https://revistas.juridicas.unam.mx/index.php/cuestionesconstitucionales/article/view/5965/7906>, [Consulta: 14 de mayo de 2018]

Con base en las características previamente mencionadas, podemos comenzar a desarrollar la importancia del suicidio asistido como Derecho Humano. Tomando en cuenta que cualquier persona puede ser propensa a padecer alguna enfermedad terminal la cual cause un inmenso sufrimiento tanto físico como psicológico, debería ser una obligación del Estado garantizar una muerte digna a quien lo desee, sin tener que pagar altos precios o enfrentarse a la necesidad de ir a otro país porque legalmente no está permitido en el suyo.

Si bien entendemos que los derechos humanos son interdependientes e indivisibles, no podemos dejar de lado la relación que existe entre el suicidio asistido, el derecho a la vida y el derecho a la salud que tienen todos los seres humanos. Con el avance de la tecnología, el desgaste social y medioambiental, la superficialidad de la vida, la mentalidad de consumo y en general el *modus vivendi* contemporáneo ha gestado la necesidad de debatir en torno a la concepción de vida digna y por consecuencia, de la muerte digna cada vez más solicitada a nivel mundial vinculando a los poderes públicos, autoridades y civiles.

Con fundamento en el auge de la discusión en torno al tema de la bioética y su injerencia con los derechos humanos, la ONU crea la primera norma de carácter legal en 2005. La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos fue aprobada por los países miembro de la Conferencia General y aunque no es vinculante, orienta a los gobiernos sobre los principios generales que deben estar contenidos y resguardados en las legislaciones y las políticas públicas, tendientes a la protección de la dignidad, los derechos humanos y las libertades fundamentales en el campo de la ciencia y la salud.¹⁷⁰

Sin embargo, específicamente la normatividad en torno a la situación de enfermos terminales no comenzó ahí:

- En 1945, la Asamblea General de las Naciones Unidas, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, menciona a los moribundos, (Artículo 25).
- En 1966 la ONU en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, hace una cita sobre enfermos terminales (Artículos 7 y 27).

¹⁷⁰ UNESCO, *Op. cit.*, p. 279

- En la Asamblea Médica Mundial, Helsinki 1964 y Tokio 1975, se refirieron al cuidado de los pacientes moribundos.
- En la declaración de Lisboa, en 1981, se concretaron los Derechos del Paciente.
- La Asociación Médica Americana presento al Congreso de los Estados Unidos los llamados “Derechos del Paciente” en 1999, en donde la Asociación Médica Americana insiste en que se deben implementar estos derechos para protección de los enfermos.
- Las Sociedades miembros de la Federación Mundial del Derecho a Morir, han elaborado sus “Derechos del Paciente Terminal” según las normas de cada país.¹⁷¹

Si bien no se ha abordado específicamente la situación del suicidio asistido, sí se ha visualizado el problema en torno a los derechos de los enfermos terminales, dejando un antecedente jurídico para la regulación de esta práctica. Es en este sentido que actualmente los países que aceptan el suicidio medicamente asistido, se centran en proteger la dignidad y derechos de este grupo vulnerable.

Puntualizando nuevamente, no se puede hablar de derechos humanos sin resaltar la existencia de un vínculo conceptual implícito entre los derechos humanos y la dignidad humana. La violación, la humillación y el maltrato a ésta dieron como resultado los derechos humanos. Aunque el contexto de la realidad social y política problematice su garantía, se fundamentan en el ideal de una sociedad justa en donde las instituciones de los Estados constitucionales protejan y garanticen el goce de los mismos, dando pie a la institucionalización del suicidio asistido abriendo el abanico de posibilidades para la práctica, regulación y asequibilidad de esta alternativa.

El discurso de los derechos humanos ha acaparado la hegemonía del lenguaje de la dignidad humana. Sin embargo, esta hegemonía debe convivir con una realidad distinta. La gran mayoría de la población mundial no es sujeto de derechos humanos, sino el objeto del discurso de derechos humanos. Sabemos que la situación de desigualdad, pobreza e inseguridad es cada vez más preocupante, impidiendo la dignificación de la vida. En este sentido, podemos argumentar que una persona que

¹⁷¹ Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente, *Derechos del Paciente Terminal*, [en línea], Dirección URL: <https://studyres.es/doc/1187186/derechos-del-paciente-terminal> [Consulta: 15 de mayo, 2018]

sufra una enfermedad terminal y que, aunado a no poseer los recursos para algún tratamiento, tampoco tenga los recursos legales o económicos para acceder a una muerte asistida y, por ende, tenga que recurrir a otros métodos como el suicidio.

Para ejemplificar podríamos retomar el caso de Reino Unido. Una de las naciones que se afirman como pilares de la civilización occidental moderna por medio de su entramado institucional político y se posiciona públicamente como un representante mundial del discurso de derechos humanos impide atender las peticiones de muerte asistida a quienes por alguna enfermedad terminal no pueden llevar una vida digna.

Todas las declaraciones y tratados internacionales sobre derechos humanos, es decir, que promueven, protegen y garantizan la vida, condiciones y calidad de vida del ser humano se basan en los principios universales de igual valor y dignidad humana, en la autonomía personal y en el respeto por la diversidad cultural. El abordaje del suicidio asistido pone en tensión, principalmente, los principios de autonomía personal y dignidad humana.

Es por esta razón que resulta injusta la restricción legal a la autonomía personal con relación al suicidio asistido. Cualquier persona, ante la incapacidad médica y social de garantizar una vida digna frente a una enfermedad terminal, tiene derecho a una muerte digna y en paz, sin sufrimiento y cumpliendo plenamente su voluntad.

Retomando la línea de la defensa del suicidio asistido como un derecho humano y la interrelación del tema con otros derechos humanos como la vida, la salud, la igualdad, libertad, derecho a la integridad y seguridad personales, a la seguridad social y los derechos de las personas con discapacidad; es importante subrayar que al ser uno de los temas más controversiales de la bioética también se relaciona con las esferas biomédica, sanitaria, social, medioambiental, política y económica.

Utilizando como base teórica la Declaración Universal de los Derechos Humanos y la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos podemos resaltar que, de acuerdo con lo estipulado, todos los derechos civiles y políticos garantizan nuestra capacidad para participar en la vida civil y política en condiciones de igualdad.

Nadie (ni el Estado, ni una empresa, ni un grupo o una persona) puede privarnos de ellos. Nacemos libres e iguales en dignidad y derechos.¹⁷²

Específicamente en el derecho a la vida y a la salud se establece que todos los seres humanos tenemos derecho a vivir libres y con seguridad tanto política, como económica, social, medioambiental, recibir atención médica, etcétera. En este sentido, cuando tenemos una necesidad especial, particularmente para esta investigación una enfermedad terminal, además de los cuidados paliativos, las personas que por voluntad propia no quieran someterse a tratamiento deberían de contar con la protección social para llevar a cabo suicido asistido.

El Artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos indica que:

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

No obstante, sabemos que dichos seguros y bienestar no se garantiza al grueso de la población en muchos países. Incrementando así la vulnerabilidad de los grupos como los enfermos terminales, los enfermos mentales o aquellas personas de la tercera edad que ya no pueden trabajar o generar sus propios ingresos.

La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos incorpora la idea de justicia y equidad, tomando en cuenta que existen seres humanos con necesidades diferentes, nacidas de condiciones de asimetrías de poder negativas, injustas e ilegítimas. Toma en cuenta las dimensiones sociales jurídicas y ambientales. Y en el artículo 5 establece que:

Se habrá de respetar la autonomía de la persona en lo que se refiere a la facultad de adoptar decisiones, asumiendo la responsabilidad de éstas y respetando la autonomía de los demás. Para las personas que carecen de la

¹⁷² Amnistía Internacional, *¿Qué son los Derechos Humanos?*, [en línea], Dirección URL: <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/temas/derechos-humanos/> [Consulta: 15 de mayo de 2018]

capacidad de ejercer su autonomía, se habrán de tomar medidas especiales para proteger sus derechos e intereses.¹⁷³

Aunque no aborda el tema del suicidio asistido *per se*, es el artículo más cercano al tema. Se especifica el respeto a la autonomía para la toma de decisiones con lo que podemos defender la voluntad de cada ser humano para decidir morir dignamente cuando las condiciones no posibilitan el desarrollo de las capacidades y potencialidades.

Finalmente, es importante resaltar que la salud se vuelve un asunto social, político y económico. En esta lógica, la persistente tendencia mundial a penalizar de manera legal, jurídica y moral tiene un fundamento que va mucho más allá de una cuestión médica, remite a los cimientos mismos de los estados democráticos-liberales modernos a su concepción sobre la vida y la muerte. Se trata de la defensa y alcance del derecho a una muerte digna a través de la bioética y los derechos humanos para enfrentar las asimetrías sociales, la explotación humana y las formas de desigualdad existentes.¹⁷⁴

¹⁷³ UNESCO, *Op. Cit.*, p. 70

¹⁷⁴ *Ibidem*, p. 74

2.4 Cuestiones de Salud

La variable más importante del debate a favor de la muerte asistida se centra en la posición que tienen las personas que padecen algún problema de salud frente a la sociedad. De acuerdo con el Artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, se establece que:

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.¹⁷⁵

Si bien en este artículo se establece que toda persona tiene derecho a seguro en caso de enfermedad, invalidez, vejez, etcétera; la realidad no es así. En un primer momento es indispensable entender la salud como factor dependiente de diversos elementos socioeconómicos, como un estado de bienestar mental y social y no sólo como ausencia de enfermedad; y en un segundo momento comprender que estos elementos no son cubiertos por el Estado.

Los factores sociales, económicos, culturales, étnicos, sociológicos influyen en la ocurrencia de problemas de salud. ¿Cómo las determinantes sociales afectan concretamente la salud de los individuos? Ellas conforman el territorio donde se teje la sociabilidad cotidiana de las personas, engendrando inequidades sociales o calidad de vida, pues configura el medio ambiente de las condiciones sociales de la reproducción social de la vida y la salud de aquella población.¹⁷⁶ Es decir, no es lo mismo sufrir cáncer en Suiza que en algún país de África.

En este apartado se abordarán tres variables principales: enfermedades terminales, trastornos mentales y cansancio de vida. De acuerdo con un estudio publicado en JAMA Network, entre el 0.3% al 4.6% de todas las muertes fueron

¹⁷⁵ UNESCO, *Manual de Bioética para Periodistas*, [en línea], Montevideo, 2015, p. 236, [Dirección URL] <http://unesdoc.unesco.org/images/0024/002431/243107S.pdf>

¹⁷⁶ *Ibidem*, p. 242

reportadas como eutanasia o suicidio médicamente asistido en jurisdicción donde son legales, aproximadamente el 70% de los casos involucran pacientes con cáncer.¹⁷⁷

En los países estudiados el índice de muertes por enfermedades terminales es muy alto, por lo que se utilizará la Teoría de Riesgos expuesta por Ulrich Beck para entender cómo el modelo capitalista de economía ha llevado a la humanidad a un deshumanizado modo de vincularse con la naturaleza y allí radica su autodestrucción. Sugiere que el quiebre ha dado origen a una sociedad del riesgo, la cual en oposición con la sociedad de la riqueza reparte riesgos entre ricos y pobres.

En tanto a las personas con trastornos mentales, partiendo de la *praxis* en Holanda y Bélgica, el análisis se centrará en: la depresión, trastorno afectivo bipolar, esquizofrenia y demencia; esto por ser los trastornos más comunes a nivel internacional y aquéllos que han sido aceptados para llevar a cabo muerte asistida.

Finalmente, se abordará el cansancio crónico, característico de nuestra época, desde una perspectiva psicoanalítica resaltando las deficiencias sociales e individuales que han acompañado al modo de vida moderno. Representando la exteriorización de una cultura de desprecio y descarte de la vida de las personas en situaciones de vulnerabilidad.

2.4.1 Enfermedades terminales

Cuando hablamos de enfermos terminales, no nos referimos a personas que padecen alguna enfermedad en específico, sino que se utiliza para distinguir la etapa final en la que existe muy escasa o ninguna capacidad de respuesta al tratamiento. La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) define enfermedad terminal como:

Enfermedad avanzada en fase evolutiva e irreversible con múltiples síntomas, un gran impacto emocional, pérdida de la autonomía, con escasa o nula capacidad de respuesta al tratamiento específico y con un pronóstico de vida limitado a semanas o meses, en un contexto de fragilidad progresiva.¹⁷⁸

¹⁷⁷ Emmanuel EJ, Onwuteaka-Philipsen, *et al.*, *Attitudes and practices of eutanasia and physician-assisted suicide in the USA, Canada & Europe*, [en línea], US, National Library of Medicine, julio de 2016, Dirección URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27380345>

¹⁷⁸ Sociedad Española de Cuidados Paliativos, *Guía de Cuidados Paliativos*, [en línea], Dirección URL: https://www.secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos_2-definicion-de-enfermedad-terminal, [Consulta 02 de junio de 2018]

Es importante agregar a esta definición que el desgaste es físico y/o mental; que se denomina así una vez que ha sido diagnosticada por un médico experto; y que el rango del pronóstico de vida es menor a seis meses.

De acuerdo a datos de la Organización Mundial de la Salud, las enfermedades terminales se relacionan directamente con las Enfermedades No Transmisibles (ENT). Son la principal causa de muerte en el mundo con el 70% y aproximadamente el 82% de las personas que mueren prematuramente, es decir, entre los 30 y 69 años. Las principales ENT son: enfermedades cardiovasculares (44%), cáncer (22%) y enfermedades crónicas respiratorias (9%). Los países de bajos y de medianos ingresos son los más afectados con el 21% y 23% respectivamente. Asimismo, señala que estas enfermedades han sido agravadas por factores que incluyen la urbanización no planeada, la globalización y el modo de vida actual.¹⁷⁹

Las ENT interfieren directamente con la capacidad del cuerpo para funcionar de manera óptima dando pie al sufrimiento físico y/o emocional de quien la padece y de sus seres cercanos. Los factores que contribuyen al sufrimiento de un enfermo terminal siguen siendo un reto ya que son de carácter multidisciplinario: se deben de analizar desde la medicina, el tratamiento psico-emocional, socio ambiental y temas existenciales. Dentro de los más comunes encontramos: fatiga, dolor, rechazo, ansiedad, depresión, sentimientos negativos, pérdida de autonomía, miedo al futuro, sufrimiento, dependencia, sentimiento de carga, soledad, pérdida del sentido de la vida, desesperanza; y frustración ante la falta de dinero y la burocracia en los sistemas de salud.¹⁸⁰

Específicamente en los países estudiados en esta investigación podemos realizar la comparación del número de habitantes, el número de muertes por ENT y el riesgo que tienen las personas de entre 30 y 69 años de morir por alguna de estas enfermedades en el 2015:

¹⁷⁹ Organización Mundial de la Salud, *Noncommunicable diseases, Key Facts*, 1 de junio de 2018, [en línea], Dirección URL: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>, [Consulta: 10 de junio de 2018]

¹⁸⁰ Dees MK, Vernooij-Dassen MJ, Dekkers WJ, *et al*, 'Unbearable suffering': a qualitative study on the perspectives of patients who request assistance in dying, [en línea], *Journal of Medical Ethics*, 2011, 37, 727-734, Dirección URL: <http://jme.bmj.com/content/37/12/727.short> [Consulta: junio 2018]

Tabla 13. Número de muertes y riesgo de muerte prematura por ENT y situación de eutanasia y suicidio asistido.

	Población total	Porcentaje de muertes por ENT	Número total de muertes por ENT	Riesgo de muerte prematura por ENT	Eutanasia	Suicidio asistido
Alemania	81, 708, 000	91%	800, 000	12%	No	Sí
Suiza	8, 320, 000	90%	58, 000	9%	No	Sí
Reino Unido	65, 397, 000	90%	513, 000	11%	No	No
Países Bajos	16, 938, 000	89%	130, 000	11%	Sí	Sí
Luxemburgo	567, 000	88%	3, 000	10%	Sí	Sí
Estados Unidos	320, 000, 000	88%	2, 343, 000	14%	No	Sí
Canadá	35, 950, 000	88%	219, 000	10%	No	Sí
Francia	64, 457, 000	87%	487, 000	11%	No	No
Bélgica	11, 288, 000	86%	94, 000	12%	Sí	Sí
México	126, 000, 000	79%	492, 000	15%	No	No
Colombia	48, 229, 000	73%	178, 000	15%	Sí	No

Elaboración propia con datos de la Organización Mundial de la Salud, 2015:

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259806/9789243513027-spa.pdf?sequence=1>

Como podemos observar en la tabla, las ENT son la principal causa de muerte en todos los países analizados. El más alto resulta ser Alemania con 91% y los más bajos Colombia con 73% y México con 79%. A pesar de la diferencia de ingresos entre estos dos países en comparación con los demás, resulta paradójico que el índice de muertes por estas enfermedades sea menor y se puede justificar con las medidas de prevención que los gobiernos han implementado.

Puede resultar contradictorio en algún sentido que los países considerados como “desarrollados” tengan el mayor índice de muertes por ENT al tener un mayor porcentaje del gasto público en salud en comparación con países como México o Colombia.¹⁸¹ En este sentido, la teoría de riesgo y específicamente el efecto *bumerang* desarrollado por Ulrich Beck nos ayuda a entender la razón de esto.

¹⁸¹ Revisar Tabla 3.

Es decir, el efecto nocivo que se ha gestado a partir de los métodos de modernización e industrialización, así como el modo óptimo de vida establecido por el sistema neoliberal, no distingue clase. No obstante, lo que sí genera una distinción de clase es la manera en que dichas enfermedades serán tratadas o en el caso de esta investigación, la muerte digna para quien lo padezca queda fuera del alcance económico. Si el sistema ha gestado riesgos sin distinción de clase, el mismo sistema y las ideas en torno al neoliberalismo sí ha causado una distinción de élite para las soluciones.

La OMS señala que los factores que han agravado el padecimiento de estas enfermedades han sido: la urbanización no planeada, la globalización y el modo de vida actual resaltando el papel del consumo, la pésima alimentación y la falta de ejercicio.¹⁸² En este sentido es necesario utilizar la teoría de riesgo desarrollada por Ulrich Beck. El autor plantea que con el reparto y el incremento de los riesgos surgen situaciones sociales de peligro las cuales siguen la estructura de clase, pero hacen valer una lógica de reparto esencialmente diferente: los riesgos de la modernización afectan también a quienes los producen o se benefician de ellos. Es decir, se crea un efecto *bumerang* eliminando la configuración de clase preestablecida, provocando susceptibilidad en cuestiones de salud.

Con la extensión de los riesgos de la modernización: peligro de la naturaleza, la salud, la alimentación, etcétera, se relativizan las diferencias y los límites sociales. La situación de riesgo crea un efecto igualador:

[...] las sociedades del riesgo no son sociedades de clases; sus situaciones de peligro no se pueden pensar como situaciones de clases, ni sus conflictos como conflictos de clases. Esto queda más claro aún si tomamos en consideración el modelo especial de reparto de los riesgos de la modernización: éstos poseen una tendencia inmanente a la globalización. A la producción industrial le acompaña un universalismo de los peligros, independientemente de los lugares de su producción: las cadenas de alimentos conectan en la práctica a todos los habitantes de la Tierra.¹⁸³

¹⁸² *Op. Cit.*, Organización Mundial de la Salud, *Noncommunicable diseases, Key Facts*.

¹⁸³ Ulrich Beck, *La sociedad del riesgo, hacia una nueva modernidad*, Paidós, SAICF, Buenos aires Argentina, 1998, p. 42

Es por esta razón que podemos entender las altas cifras de muertes causadas por ENT en países como Alemania, Suiza o Reino Unido. Tampoco los habitantes de estos países se encuentran seguros ante los riesgos de la globalización. Si tomamos en cuenta los altos niveles de consumismo, derivado del mejor poder adquisitivo, sale a relucir el elevado grado de exposición y de padecimiento de dichas enfermedades. Los efectos secundarios golpean también a los centros de producción. La producción de riesgos de la modernización sigue el giro del *bumerang* y lo que por un lado hace crecer la productividad, por el otro provoca enfermedades.

Es importante resaltar el caso de Reino Unido, ya que siendo uno de los países con más muertes por ENT a nivel mundial no permite ni la eutanasia ni el suicidio asistido, convirtiendo automáticamente a sus nacionales en los principales consumidores del turismo de la muerte en Suiza.

Es evidente que estas cifras tienen consecuencias sociales y políticas. Los costos para tratar las ENT suelen ser exorbitantes ya que los tratamientos requieren paliativos constantes y por un largo periodo. Sin embargo, resulta mucho más barato financiar la muerte digna que un tratamiento para un paciente de cáncer de pulmón.

En el mismo sentido, no podemos olvidar que, aunque la eutanasia o el suicidio asistido son legales en algunos países, no son para todos. Como se expuso anteriormente, los gastos para cubrir la muerte digna deben de salir directamente del bolsillo de la persona que lo solicite. Es decir, aunado a su condición desfavorable en torno al padecimiento de una enfermedad que impide su libre desarrollo y trunca sus proyectos de vida, deben de cubrir cierto status económico para dignificar el final de su vida.

Retomando algunas cifras del motivo de solicitud de muerte asistida de los diferentes países en donde es legal, diversos estudios han demostrado que el dolor no es la principal causa para solicitar el suicidio médicamente asistido. Los motivos dominantes son: la pérdida de autonomía¹⁸⁴, pérdida de la dignidad y la disminución de la capacidad de disfrutar las actividades diarias. Los autores reportaron que, en los

¹⁸⁴ Dependencia de otras personas, pérdida de comunicación, interacción social, intimidad, vergüenza, no tomado en serio o como si no valiera nada.

casos oficiales reportados en Bélgica, el dolor era la razón de solicitud en aproximadamente la mitad de los casos. Pérdida de dignidad fue mencionada como razón por 61% de los casos en Países Bajos y el 52% en Bélgica. En la mayoría eran hombres (59%) y su estado civil era solteros (53%), principalmente con cáncer de pulmón (35%). Las principales razones para solicitar muerte asistida son: debilidad (93%), cansancio (87%) y malestar en general (80%), pérdida de sentido (88%) y pérdida de autonomía (76%).¹⁸⁵

De acuerdo con otro estudio realizado a 70 pacientes con cáncer, la mayoría optó por la muerte digna ya que argumentaron que sufren de una pérdida de intereses o placer en las actividades, desesperanza y el deseo de morir. Además de altos niveles de depresión. Uno de los puntos más importantes es que para la muerte digna deben de tomar en cuenta los padecimientos psicológicos igual que los físicos.¹⁸⁶

Al ser una decisión definitiva, en algunos países es necesario asegurar previamente que ya no es posible el control de síntomas, particularmente del dolor y de la angustia, que el enfermo no esté patológicamente deprimido y que su petición sea reiterada y no meramente ocasional. No obstante, en algunos países se asiste la muerte de personas con enfermedades psiquiátricas, lo cual ha abierto el debate a nivel internacional.

2.4.2 Trastornos mentales

El aumento en la cifra de personas diagnosticadas con trastornos mentales alrededor del mundo ha causado efectos considerables a nivel social, político y económico, abriendo el debate en torno a la aceptación del suicidio asistido para quienes los padecen y soliciten una muerte digna.

El Proceso Asistencial Integrado del Trastorno Mental grave de la Junta de Andalucía, define a los pacientes que sufren algún trastorno mental como:

[...] aquellas personas que presentan una sintomatología de características psicóticas y/o prepsicóticas que generan problemas de captación y comprensión

¹⁸⁵ Cees DM Ruijs, Gerrit van der Wal, et. al., *Unbearable suffering and requests for euthanasia prospectively studied in end-of-life cancer patients in primary care*, [en línea], 23 de diciembre de 2014, Dirección URL: <https://bmcpalliativecare.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-684X-13-62>

¹⁸⁶ Wilson KG, Scott JF, Graham ID, et al. *Attitudes of Terminally Ill Patients Toward Euthanasia and Physician-Assisted Suicide*, [en línea], Arch Intern Med. 2000, 2454–2460, Dirección URL: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/485433>

de la realidad; distorsionan la relación con los otros y supone o puede suponer riesgo para su vida. Repercusiones negativas en distintas áreas del funcionamiento personal (vida cotidiana, educación, empleo, relaciones sociales) y presentar una evolución prolongada en el tiempo con importantes necesidades de continuidad de atención y coordinación interna y externa.¹⁸⁷

Es importante resaltar en esta definición que las condiciones son crónicas y están directamente asociadas con malestar y discapacidad. Existen diversos tipos de trastornos mentales y dentro de los más comunes se encuentran: trastorno de ansiedad, depresión, trastorno bipolar, trastorno de alimentación, trastorno de personalidad, demencia y trastornos psicóticos como esquizofrenia. Cada uno tiene manifestaciones distintas, sin embargo, dentro de las características más importantes encontramos: alteraciones del pensamiento, de la percepción, de las emociones, de la conducta y de las relaciones con los demás. Finalmente, no hay una sola causa de los trastornos mentales, pueden contribuir varios factores: sociales, medioambientales, genéticos, entre otros.

Países Bajos, Bélgica y Suiza son los únicos países que han permitido que se realice suicidio asistido a personas con algún trastorno mental, hecho que ha abierto el debate internacional en torno a la aceptación moral y médica de esta práctica. De acuerdo con datos de la OMS, dentro de los trastornos más controversiales encontramos:

- **Depresión:** Afecta a más de 300 millones de personas en todo el mundo, con mayor prevalencia en las mujeres que en los hombres. Características: tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, sentimientos de culpa o baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, cansancio y falta de concentración. No obstante, se ha demostrado que los programas preventivos reducen su incidencia tanto en los niños y en los adultos. La depresión es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad.

¹⁸⁷ Conejo Cerón, S. et al. Opiniones de los profesionales del ámbito sanitario acerca de la definición de trastorno mental grave: un estudio cualitativo, Anales Sis San Navarra [en línea]. 2014, vol.37, n.2, pp.223-233, Dirección URL:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272014000200005

Aunque los tratamientos suelen ser eficaces más de la mitad de los afectados en todo el mundo no recibe estos tratamientos. Entre los obstáculos a una atención eficaz se encuentran la falta de recursos y de personal sanitario capacitados, además de la estigmatización de los trastornos mentales y la evaluación clínica inexacta.¹⁸⁸

La depresión, al ser la variable principal para solicitar una muerte asistida, se convierte en el punto de inflexión en el debate médico y moral del suicidio asistido. A pesar de las altas cifras que podemos observar, la problemática se centra, en un primer momento en la falta de inversión e interés de políticas públicas para prevenir y tratar a quienes la padecen. Más allá de la aceptación jurídica de la muerte asistida se debería centrar el esfuerzo en mejorar el sistema de salud, haciendo accesible a cualquier persona al tratamiento de la misma. Dejando como última instancia la opción del suicidio asistido.

- **Trastorno afectivo bipolar:** Este trastorno afecta a alrededor de 60 millones de personas en todo el mundo. Se suele caracterizar por la alternancia de episodios maníacos y depresivos separados por periodos de estado de ánimo normal.¹⁸⁹ Se menciona este trastorno, ya que en Holanda se han registrado casos de muerte asistida a personas que lo padecen teniendo la posibilidad de un tratamiento médico.

- **Esquizofrenia:** Afecta a alrededor de 21 millones de personas de todo el mundo. Se caracteriza por anomalías del pensamiento, la percepción, las emociones, el lenguaje y la conducta. Suele ir acompañada de alucinaciones y delirios. Estos trastornos pueden dificultar que la persona trabaje o estudie con normalidad. La estigmatización y la discriminación se pueden traducir en una falta de acceso a los servicios sociosanitarios. Además, hay un riesgo elevado de que no se respeten los derechos humanos de las personas afectadas, por ejemplo, mediante su internamiento prolongado en centros psiquiátricos. El tratamiento con fármacos y apoyo psicosocial es eficaz. Con un tratamiento adecuado y apoyo social, los pacientes pueden llevar una vida productiva e integrarse en la sociedad.

¹⁸⁸ Organización Mundial de la Salud, *Depresión*, [en línea], 22 de marzo de 2018, Dirección URL: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

¹⁸⁹ Organización Mundial de la Salud, *Trastornos Mentales, nota descriptiva*, [en línea], abril de 2017, Dirección URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>

Al igual que los pacientes con depresión, más del 50% de las personas que padecen esquizofrenia no reciben el tratamiento adecuado por la falta de acceso a servicios de salud mental.¹⁹⁰

- **Demencia:** En el mundo hay unos 47,5 millones de personas que padecen demencia. Se caracteriza por el deterioro de la capacidad para procesar el pensamiento más allá de lo que podría considerarse consecuencia del envejecimiento normal. La demencia afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. Aún no existen tratamientos que curen la demencia o reviertan su evolución progresiva. Es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores en el mundo entero. La demencia tiene un impacto físico, psicológico, social y económico no solo en las personas que la padecen, sino también en sus cuidadores, sus familias y la sociedad en general. Se estima que, con el envejecimiento de la población mundial, el número de personas con demencia se triplique a 152 millones para el 2050.¹⁹¹

De acuerdo con datos de la OMS, la demencia tiene un costo anual global de \$818 billones de dólares, equivalente a más del 1% del PIB mundial. El costo total incluye los costos médicos directos, la atención social y la atención informal (pérdida de ingresos de los cuidadores). Para 2030, se espera que el costo se haya más que duplicado, a \$2 billones de dólares, un costo que podría socavar el desarrollo social y económico.

En general, podemos encontrar que los trastornos mentales incluyen no solo características individuales sino también factores sociales, culturales, económicos, políticos y ambientales, como las políticas nacionales, la protección social, el nivel de vida, las condiciones laborales o los apoyos sociales de la comunidad. Resulta indispensable entonces, el análisis desde una perspectiva holística e inclusiva, tomando en cuenta todos los factores que podrían asociarse con la toma de decisión ante la posibilidad del suicidio asistido.

El filósofo surcoreano Byung-Chul Han expone que toda época tiene sus enfermedades emblemáticas y el comienzo del siglo XXI se caracteriza por ser

¹⁹⁰ Organización Mundial de la Salud, *Esquizofrenia*, [en línea], 9 de abril de 2018, Dirección URL: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

¹⁹¹ Organización Mundial de la Salud, *Demencia*, [en línea], 12 de diciembre de 2018, Dirección URL: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

neuronal. Como se indicó, la depresión es la mayor causa de solicitud de suicidio asistido en los países estudiados. Dejando de lado el padecimiento de alguna enfermedad terminal, los trastornos mentales se caracterizan por el “sufrimiento existencial”.

En este sentido es importante resaltar la estigmatización sobre las personas que padecen trastornos mentales en torno a la toma de decisiones de una muerte asistida. Sin duda, resulta éticamente complicado poder tener alguna postura a favor o en contra del suicidio asistido para una persona que sufre esquizofrenia. No obstante, dicha persona resulta ser menos productiva social y económicamente para el sistema, es decir, es más barato aceptar una muerte asistida, que brindar un tratamiento.

De acuerdo con cifras del Comité de Revisión Regional de Eutanasia en Países Bajos, los casos de muerte asistida reportados por trastornos mentales entre 2015 y 2016:

Tabla 14: Casos de muerte asistida en 2015 y 2016 por trastornos mentales en Países Bajos.

	2015	2016
Total	5,516	6, 091
Demencia	109	141
Desordenes psiquiátricos	56	60
Combinaciones de desordenes	-	465

Fuente: Datos del Comité de Revisión regional de Eutanasia, Dirección URL:

https://www.eutanasia.ws/documentos/dossier_eutanasia/PaisesBajos_Balegica/17%20Netherland%20Annual%20Report%202016.pdf

El número de casos registrados por muerte asistida se incrementó y con esto el número de solicitantes con trastornos mentales. Es importante resaltar la cuantificación especial para casos de demencia que de acuerdo al informe en la mayoría de los casos, así como de desórdenes psiquiátricos, estaban en la etapa inicial, dejando de lado la posibilidad a un tratamiento. Finalmente, la categorización de “combinación de trastornos mentales” se ve reflejada hasta el año 2016.

Otro ejemplo es el sistema médico belga que en los últimos dos años administró inyecciones letales a petición de cinco personas con esquizofrenia no terminales, cinco con autismo, ocho con trastorno bipolar y 29 con demencia, así como 39 con depresión, según el informe.¹⁹² Tomando en cuenta estas cifras y el aumento en el número de personas diagnosticadas con estos padecimientos, resaltando el caso de demencia y depresión, es indispensable el planteamiento y discusión del marco legal en torno a estas especificidades a nivel mundial.

El suicidio asistido para personas con depresión, esquizofrenia, demencia y en general trastornos mentales, comienzan a representar una crisis moral tanto para la psiquiatría como para la ética, el derecho internacional y derechos humanos. Aproximadamente el 20% de los adultos mayores a 60 años sufren de algún trastorno, siendo demencia (5%) y depresión (7% de la población mayor total) las más comunes.

En este sentido, un estudio realizado por la OMS calcula que aproximadamente por cada \$1 dólar invertido en el tratamiento para la depresión tiene como resultado un retorno de \$4 dólares en una mejor salud y capacidad de trabajo. El presidente del Banco Mundial, Jim Yong Kim mencionó que:

A pesar de que cientos de millones de personas en todo el mundo viven con trastornos mentales, la salud mental ha permanecido en la sombra. Esto no es solo un problema de salud pública: es un problema de desarrollo. Tenemos que actuar ahora porque la pérdida de productividad es algo que la economía mundial simplemente no puede pagar.¹⁹³

Con esta postura, resulta paradójico el planteamiento en torno a los trastornos mentales. Por una parte, bajo el contexto desarrollado a lo largo de esta investigación en donde el sistema neoliberal impide el desarrollo en esferas como la salud, tenemos la poca inversión destinada a su tratamiento por considerarse un grupo vulnerable, poco productivo y no dentro del interés nacional. Por otra parte, tenemos esta perspectiva de visualizar económicamente cualquier problemática social y traducirlo en lenguaje

¹⁹² Scott Y. H. Kim., Raymond de Vries, *Euthanasia and Asisted Suicide of Patients with Psychiatric Disorders in the Netherlands 2011-2014*, [en línea], US National Library of Medicine, National Institutes of Health, abril 2016, Dirección URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5530592/>.

¹⁹³ Organización Mundial de la Salud, *La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%*, [en línea], 13 de abril de 2016, Washington, Estados Unidos, Dirección URL: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>

meramente mercantil. Se habla de productividad, inversión, desarrollo como el principal beneficio del mantenimiento de la salud mental en la población.

Esto resulta en una constante introyección en el lenguaje y manejo de la vida cotidiana en la sociedad, si no eres productivo, la vida es menos valiosa. Byung-Chul Han desarrolla una idea en torno a la optimización personal como una forma de autoexplotación total. El coaching, la motivación, la competitividad, la optimización son técnicas que la sociedad abraza para conseguir la productividad ilimitada. Las personas entran en una dinámica de autoexplotación, de autoexigencia, de constante optimización que acaba generando enfermedades como la depresión. En estos casos, no se tiende a pensar que es la dinámica, el sistema, el que ha generado esta ansiedad, sino que se plantea siempre como un fracaso personal. Este tipo de poder inteligente, propio del régimen neoliberal, actúa de forma silenciosa, domina intentando agradar y generando dependencias, “se ajusta a la psique en lugar de disciplinarla”.¹⁹⁴

Es así como podemos entender el constante cansancio manifestado por la sociedad, el agotamiento intelectual y físico que ocasiona la exigencia del modo de vida actual. Los trastornos mentales, suelen ser, en algunos casos, reflejo del malestar social.

2.4.3 Cansancio de vida

Aunado a la creciente demanda de muerte asistida por personas con enfermedades terminales o enfermedades psiquiátricas, se ha extendido la solicitud a personas con “cansancio de vida”. Aunque generalmente son personas mayores quienes sufren de este cansancio crónico, este fenómeno lo visualizamos también en jóvenes y se debe principalmente al modo de vida actual.

Byung-Chul Han explica que el cansancio de vida se da por el sistema de dominación que, en lugar de emplear el poder opresor, utiliza un poder seductor que consigue que los seres humanos se sometan por sí mismos al entramado de la dominación. El ser humano se ha convertido en el explotador de sí mismo por un propio afán desmesurado de competencia, de éxito, vivido como "realización personal". Uno se explota a sí mismo hasta el colapso. El sistema neoliberal ha sido internalizado hasta

¹⁹⁴ Byung-Chul Han, *La sociedad del cansancio*, Herder, Segunda Edición Ampliada, agosto 2017, p. 34.

el punto de que ya no necesita coerción externa para existir. Y, por eso, el síntoma de nuestra época es el cansancio.¹⁹⁵

El *modus vivendi* actual exige una explotación física e intelectual constante bajo la lógica de las características establecidas por el sistema neoliberal, es decir, la producción. La manera social y económicamente correcta de llevar la vida debe ser razonable desde el punto de vista económico y estéticamente agradable a la sociedad. Debe llenar expectativas implantadas por las clases dominantes que van desde lo superficial, cómo nos debemos ver, qué artículos y marcas consumir, hasta la forma en que se deben entablar las relaciones.

En este sentido, Gilles Lipovesky expone que:

[...] según Chr. Lasch, los individuos aspiran cada vez más a un desapego emocional, en razón de los riesgos de inestabilidad que sufren en la actualidad las relaciones personales. Los signos son innumerables: relajamiento en las relaciones interindividuales, aceleración en los cambios de gustos, valores y aspiraciones, ética tolerante y permisiva, [...] explosión de los síndromes psicopatológicos, del estrés, de la depresión [...].¹⁹⁶

El desapego interpersonal y la mínima valoración al desarrollo social han traído como consecuencia la poca empatía humana ante cualquier objeto que no represente consumo o producción. Los vínculos primarios se han deteriorado conforme la modernidad ha ido avanzando en las diferentes esferas. Los estándares del mundo se han condicionado por palabras como: éxito, gozar, producir, consumir, etcétera. Bauman menciona que:

[...] la sociedad de consumo logra volver permanente la insatisfacción. Un modo de conseguir ese efecto es aquél en el que se satisface toda necesidad/deseo/carencia de tal manera que no puede sino dar origen a nuevas necesidades/deseos/carencias. Lo que comienza como una necesidad, deber terminar como una compulsión o adicción.¹⁹⁷

¹⁹⁵ *Idem.*, p. 52

¹⁹⁶ Gilles Lipovesky, *La era del vacío: ensayos sobre el individualismo contemporáneo*, Anagrama, Barcelona, 2005, p. 111

¹⁹⁷ Zygmunt Bauman, *El consumismo*, en *Criterios: Revista Internacional de Teoría de la literatura, las artes y la cultura*. Núm. 35. Centro Teórico Cultural Criterios, La Habana, Cuba, 2006, pp. 5.

Es decir, el ser humano consume hasta consumirse, el estrés constante y la autoexplotación desorbitante generada por el sistema e introyectada por el sujeto genera cansancio crónico, que además del desgaste físico (reflejado en depresión y en demencia), genera desgaste emocional, llevando al pensamiento de suicidio en caso de no cubrir con los estándares establecidos, cualquiera que sea la razón de esto.

Si el suicidio es un hecho social en tanto que son las dinámicas comunitarias las que tienen efectos sobre la psique individual y éste resulta una reacción a ciertas necesidades psicológicas y psicoanalíticas insatisfechas, desde un análisis psicoanalítico podemos entender que:

- La primera pregunta a plantear es, *¿qué factores son los que generan el suicidio?* En este sentido, sabemos que Freud divide al aparato psíquico en tres espacios: Yo (es la parte CC, en donde existe una recepción de estímulos, es la instancia que media el ICC con el mundo exterior y es en donde se concibe la angustia), Superyó (es aquello que enmarca lo cultural y lo social pero además tiene que ver con las figuras de autoridad que se van introyectando) y Ello (busca el placer y la satisfacción pulsional, totalmente ICC); estos tres conforman la realidad interior la cual se va nutriendo del lazo con el otro.

- Aunado a esto, las pulsiones se generan en dos sentidos: vida y destrucción. La empresa civilizadora y la cultura establecen normas éticas las cuales corresponden a la represión de las pulsiones de muerte, dejando una fuerte concentración de energía en torno a éstas las cuales buscan la salida de alguna forma u otra. Es así como se da una confrontación entre el ello y el Superyó bajo el contexto de malestar capitalista.

En este sentido, resulta ser que la depresión no es más que la muestra de una serie de síntomas causados por la insatisfacción ICC; la pulsión de vida es vencida; ¿cómo es que estos impulsos se convierten en actos? El autor nos dice que se convierten en acciones cuando el Yo (CC) puede orientar hacia sí mismo la hostilidad referida a ese otro.

- A forma de contrastar autores, Lacan por su parte nos explica que el sujeto se forma gracias al lenguaje el cual consecutivamente crea un vacío que buscará rellenar toda su vida. El discurso capitalista ofrece satisfacción y es labor del psicoanálisis mostrar que, contrario a esto, es una muestra de insatisfacción asegurada. Finalmente,

el suicidio resulta ser la salida viable a este impase estructural. Los sujetos del capitalismo tienen apetencia por los productos y servicios (suicidio asistido) del mercado, pero son igualmente explotados por ellos.

En seguimiento a lo planteado por Bauman y Byung-Chul, y en términos psicoanalíticos el Superyó consigue emitir ordenes imposibles de cumplir al sujeto y mientras más se esfuerce el sujeto por cumplir este imperativo, más confrontado se verá a la culpa por la imposibilidad estructural de cumplirlo, así los sujetos que se encuentran inmersos en este discurso son adictos a las mercancías y servicios, es decir que son adictos a la falta de goce que éstos les provocan. Los objetos plus de goce del mercado crean la ilusión de un goce pleno, pero no generan más que la reproducción de la insatisfacción continua, dando pie al cansancio crónico y finalmente a la idea del suicidio al no cumplir las expectativas.

Entendiendo que esto se manifiesta en personas jóvenes, el mayor índice lo encontramos en personas mayores. Tomando en cuenta la ideología hegemónica de productividad, el desgaste de los vínculos primarios y la búsqueda de satisfacción constante guiada por un sobreconsumo, podemos deducir que el deceso físico es antecedido por una muerte social. De acuerdo con datos de la OMS, uno de cada seis ancianos en todo el mundo sufre de abusos.¹⁹⁸ Fue a inicios de 2013 que el ministro japonés de finanzas, Taro Aso, incitó a los ancianos de su país a que se dieran prisa para morir. La razón no era otra que la económica: el estado invierte millones de yuanes en la manutención de una cuarta parte de la población que está por encima de los 60 años: “Yo despertaría sintiéndome mal sabiendo que todo [el tratamiento] está pagado por el Gobierno”.¹⁹⁹

Es así que, aunado al cansancio físico causado por la edad en el que experimentan deterioro de la movilidad, dolor crónico, problemas de salud, entre otros; deben enfrentarse a los problemas económicos y sociales que representa su edad.

¹⁹⁸ Organización Mundial de la Salud, *Aumenta cada vez más el abuso y maltrato a los ancianos, advierte la OMS*, [en línea], Centro de Noticias ONU, Nueva York, 15 de junio de 2017, [Dirección URL] <https://www.un.org/development/desa/es/news/social/elder-abuse-awareness.html>

¹⁹⁹ S/a, *El ministro de Finanzas japonés pide a los ancianos que se den prisa en morir*, [en línea], El Mundo, 22 de enero de 2013, [Dirección URL] <http://www.elmundo.es/elmundo/2013/01/22/internacional/1358870209.html>

Finalmente, y a manera de ejemplo de las medidas tomadas por los gobiernos para satisfacer la demanda de muerte digna para personas mayores el Gobierno holandés ha elevado al Parlamento una propuesta para regular la ayuda a morir de las personas mayores que consideren que ya han vivido lo suficiente, pero no están enfermas ni padecen sufrimientos físicos insoportables. Se trata de evitar que se quiten la vida por su cuenta. “No hay salida para los que ya no deseen vivir porque estiman completo su ciclo. Han perdido a sus seres queridos y a sus amigos, y caen en la apatía y el cansancio vitales. El Gobierno piensa que su búsqueda de ayuda para acabar con todo es legítima”, indica la propuesta.²⁰⁰

La muerte asistida se está configurando como una realidad para la sociedad, tenga o no enfermedades terminales. Como consecuencia, y bajo la lógica del mercado, se han creado empresas como Dignitas para brindar este servicio, aunque maneja un discurso en donde el suicidio asistido refleja principios y valores como muestra de una sociedad libre e informada. El derecho de una persona a morir dignamente se ha convertido en un objeto de mercantilización de la muerte para la sociedad moderna en Suiza.

²⁰⁰ Isabel Ferrer, *Holanda planea permitir la ayuda a morir a mayores con “cansancio vital”*, [en línea], El País, 2016, [Dirección URL]: https://elpais.com/internacional/2016/10/13/actualidad/1476354654_421296.html [consulta: 24 de julio de 2018].

Capítulo 3. Suicidio asistido en Suiza (1998-2017)

En este capítulo se aborda la reconstrucción histórica del proceso de aceptación de la aceptación de la práctica del suicidio asistido en Suiza, comenzando en 1942 hasta 2017. Es importante comprender que, en este país, la eutanasia no es legal y el suicidio asistido no tiene la regulación necesaria, ya que la única referencia legal se establece en un artículo del Código Penal Federal, generando una laguna jurídica.

En los últimos 20 años, dadas las circunstancias que han impulsado el “turismo de la muerte” y el incremento en la cifra de suicidios asistidos registrados, se han presentado diversas iniciativas de diferentes partidos políticos para su regulación o prohibición, sin embargo, la mayoría han sido rechazadas al ser sujetas a la decisión de la población suiza.

La alta demanda ha generado la creación de diversas asociaciones y empresas que se dedican a brindar este servicio. Las dos principales son Exit y Dignitas, siendo la diferencia principal el costo y que en la primera únicamente aceptan a nacionales o residentes y en la segunda permite la solicitud de extranjeros.

Se han formado diversas opiniones en cuanto al manejo y operación de Dignitas como empresa, y se ha cuestionado su funcionamiento al utilizar el discurso de la muerte digna como una oportunidad de mercado, mercado que evidentemente no es asequible para la mayoría de la población y va dirigido a un sector específico el cual cumple cierto perfil marcado por la sociedad capitalista neoliberal.

3.1 Reconstrucción histórica del proceso de aceptación de la práctica del suicidio asistido en Suiza.

En Suiza el suicidio asistido es una práctica desde 1942 y la única referencia legal al respecto se establece en el artículo 115 del Código Penal Federal, mencionando que:

Cualquier persona que, por motivos egoístas, induzca o asista a otra persona a cometer suicidio será, en caso de que la otra persona lleve a cabo el acto o lo intente, confinado en la cárcel por no más de cinco años, o una sanción pecuniaria.²⁰¹

²⁰¹ Código Penal Suizo, *Libro 2: Disposiciones especiales, Título 1: Ofensa contra la vida y la integridad corporal, Artículo 115: Incitación y asistencia al suicidio*, [en línea], 1 enero 1942, Dirección URL: <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19370083/index.html#a115> [Consulta: 08 septiembre 2018]

Específicamente, el paciente debe de cometer el acto por su propia mano, ya que como se mencionó en el capítulo dos, la eutanasia, activa y pasiva, está prohibida en el país, y quienes lo ayudan no deben de tener ningún interés egoísta del cual pudieran obtener alguna ventaja. A pesar de la subjetividad en la interpretación de dicho concepto, se entiende como ventaja personal cualquier beneficio material, herencia, venganza, que el tercero pudiera tener. La muerte generalmente es inducida a través de una dosis mortal de barbitúricos prescrita por un médico, sea por vía oral, intravenosa o mediante sondas gástricas, dependiendo de la institución que lleve a cabo la acción ya que no existe un marco regulatorio federal.

En este sentido, el artículo mencionado denota una notoria laguna jurídica y una falta de perspectiva médica, en tanto no se especifica el procedimiento a seguir para las personas que pueden solicitar la muerte digna, quién puede asistirlos, y si éstos deben de tener alguna formación académica específica, entre otros. Asimismo, la privación de la libertad por cinco años y la multa resultan ser sanciones desproporcionales al acto, dejando nuevamente un marco muy amplio de acción para los actores inmersos en esta lógica.

No obstante, desde la década de los 90 algunos participantes de la clase política comienzan a presentar una serie de propuestas para regular y solventar parte de la problemática expuesta a nivel nacional e internacional en torno a la muerte digna. En 1994, comienza el debate nacional con el objetivo de la despenalización de la eutanasia activa y pasiva en estrictas condiciones a través de la moción Ruffy, sin embargo, fue rechazada inmediatamente por el Consejo Federal.

En 1997 en el Departamento Federal de Justicia y Policía se constituye un grupo de trabajo encargado de examinar las cuestiones jurídicas, y concretamente, relevantes sobre la muerte asistida. A partir del análisis realizado, se emitieron una serie de recomendaciones y tuvieron como resultado que en el año 2000 el Parlamento indicara que se debe promover y desarrollar la medicina en cuidados paliativos, rechazando la idea de una reglamentación legal de la muerte asistida.

Para 2004, dada la problemática del turismo de la muerte, el cual se basa en el flujo de personas, entre ellos enfermos terminales, enfermos mentales, o simplemente personas que desean terminar con su ciclo de vida a Suiza, principalmente a Zúrich,

provenientes de cualquier lugar del mundo en donde su legislación es restringida en materia de ayuda al suicidio; se crea un grupo de trabajo encargado de realizar estudios relacionados con el tema de la muerte asistida y su gestión dentro del país para nacionales y extranjeros. Igualmente, arrojaron recomendaciones entre las que podemos encontrar: la necesidad de modificar las disposiciones en materia de eutanasia, modificación del artículo 115 del código penal y reconocer una legislación federal para la autorización y vigilancia de las organizaciones que practican suicidio asistido, controlando y evitando en la medida de lo posible, el turismo de la muerte. Sin embargo, estas recomendaciones no se materializaron en la práctica suiza.

Posteriormente, el ojo del debate se centraba en quiénes “calificaban” para solicitar la muerte asistida, si sólo enfermos terminales o también enfermos mentales, a lo que en el 2006, el Tribunal Federal Suizo emitió un fallo declarando que todas las personas en uso de sus capacidades mentales, sin tomar en cuenta si padecían alguna enfermedad terminal, tienen el derecho a decidir la forma de su muerte.²⁰² No se prevé ninguna otra condición, como la intervención de un médico o la incapacidad física para suicidarse sin la ayuda de un tercero, es decir, cualquier persona mayor de edad puede solicitar el suicidio asistido bajo las razones que éste amerite. Dicho fallo encuentra su base jurídica en el artículo 8, párrafo 1²⁰³, del Convenio Europeo de Derechos Humanos mencionando una parte integral del derecho de autodeterminación garantizado a cualquier ser humano, y, eventualmente, esto significó un auge tanto en el turismo de la muerte como en la polémica internacional, beneficiando directamente a las empresas que brindan este servicio.

Como consecuencia del fallo, en 2007, el turismo de la muerte vuelve a estar en el centro de atención social y político suizo, razón por la cual el ex senador demócrata cristiano Hansuredi Stadler presenta una moción, firmada por aproximadamente 30 senadores, la cual fue debatida en el Consejo de los Estados, Cámara Alta, y que solicitaba al gobierno la vigilancia a las organizaciones de asistencia al suicidio para evitar abusos a personas en situación de emergencia. No obstante, la

²⁰² s/a, *Aumentan los suicidios asistidos en Suiza*, SWI Swiss Info, [en línea], 11 de octubre de 2016, Dirección URL: https://www.swissinfo.ch/spa/m%C3%A1s-recientes-estad%C3%ADsticas_aumentan-los-suicidios-asistidos-en-suiza/42511246 [Consulta: 09 septiembre 2018]

²⁰³ ARTÍCULO 8 Derecho al respeto a la vida privada y familiar 1. Toda persona tiene derecho al respeto de su vida privada y familiar, de su domicilio y de su correspondencia.

resolución fue que la responsabilidad debe recaer directamente sobre los cantones y comunas sin establecer una obligación entre el gobierno y las empresas.²⁰⁴

A partir de esta propuesta poco exitosa se presentaron una serie de iniciativas en el parlamento dentro de las cuales resulta importante resaltar: la reglamentación federal para el suicidio asistido y vigilancia y monitoreo de las organizaciones de ayuda al suicidio. Sin embargo, todas las iniciativas fueron rechazadas.

Al no tener éxito con las propuestas de regulación, en 2008, el Senador Luc Recordon presentó la moción en la que proponía al gobierno la introducción de la problemática sobre la asistencia al suicidio en la formación del personal médico. Sin embargo, el Consejo de Estados rechazó la moción, con 19 votos en contra y 11 a favor, considerando prioritaria la formación en cuidados paliativos pero no en materia de ayuda al suicidio²⁰⁵, y en 2010 se implementa la Estrategia Nacional en Materia de Cuidados Paliativos.²⁰⁶

En un nuevo intento del gobierno, en junio de 2011, a fin de regular la asistencia al suicidio examinó varias opciones, pero decidió abstenerse y potenciar, esta vez, la prevención del suicidio y, nuevamente, los cuidados paliativos.

En vista de que la esfera política federal no obtenía resultados en torno a la regulación de la asistencia al suicidio, el gobierno del cantón de Zúrich, decidió tomar en cuenta la opinión de su población por lo que los partidos de Unión Democrática Federal y el Partido Evangélico, llevaron a cabo un referéndum en el cual se propusieron dos iniciativas: la primera, prohibir que extranjeros, no residentes suizos, viajaran a Suiza para poner fin a sus vidas, siendo rechazada por el 78,4% de los

²⁰⁴ Belén Couceiro, *Permitir el suicidio asistido, pero sin abusos*, SWI Swiss Info, [en línea], 13 de junio de 2007, Dirección URL: <https://www.swissinfo.ch/spa/permitir-el-suicidio-asistido--pero-sin-abusos/5939160> [Consulta: 09 septiembre 2018]

²⁰⁵ Olivier Pauchard, *Rechazan moción en torno a suicidio asistido*, SWI Swiss Info, [en línea], 05 de junio de 2008, Dirección URL: <https://www.swissinfo.ch/spa/politica/rechazan-moci%C3%B3n-en-torno-a-suicidio-asistido/6707474> [Consulta: 08 septiembre de 2018].

²⁰⁶ Consejo Federal, *Soins palliatifs, prévention du suicide et assistance organisée au suicide*, Rapport du Conseil Fédéral, [en línea], Berna, junio 2011, Dirección URL: www.bj.admin.ch/dam/data/bj/gesellschaft/gesetzgebung/archiv/sterbehilfe/ber-br-f.pdf [Consulta: 08 de septiembre de 2018]

190,000 votantes; y la segunda, la prohibición nacional del suicidio asistido, que también resultó rechazada por el 85% de los 174, 000 votantes.²⁰⁷

Es importante resaltar que la lógica de la toma de decisiones en el país se basa en los valores democráticos que maneja el gobierno y la sociedad suiza, por lo que se estipula un periodo de participación ciudadana aproximadamente cuatro veces al año, y aunque no existe un consenso claro sobre si se debe regular, y en qué medida, el suicidio asistido a nivel federal, el procedimiento de consulta constituye un obstáculo importante para la adopción de regulaciones federales que probablemente satisfagan a la mayoría de la población, ya que el tema es extremadamente personal.

Siguiendo la lógica de la toma de decisiones, a partir de la participación ciudadana, en 2012, el cantón de Vaud se convirtió en el primero en contar con una ley para regular la asistencia al suicidio en las residencias de ancianos y en los hospitales, según aprobaron ayer, con el 62% de los votos, en un referéndum los habitantes de esta jurisdicción. La iniciativa presentaba las condiciones básicas de regulación, estableciendo que: la persona que lo solicite debe sufrir de una enfermedad incurable y ser capaz de discernir. Quien debe de confirmar dichos criterios es el médico responsable de la residencia o clínica, de común acuerdo con el personal a cargo del cuidado del enfermo y de su médico tratante, y previa propuesta y discusión de la posibilidad de recibir cuidados paliativos. Además, se buscó una iniciativa en donde se especifique la condición de lucha contra la comercialización de la asistencia al suicidio y así evitar que los responsables de las organizaciones obtengan un beneficio por la ayuda, estableciendo que debería ser a través de medios altruistas, sin éxito.

Podemos concluir entonces que, a pesar de los innumerables esfuerzos y propuestas presentadas para modificar el Artículo 115 del Código Penal, el gobierno suizo no considera que ésta sea la respuesta apropiada a la necesidad de la población para reforzar el derecho a la autodeterminación a través del suicidio asistido, por lo que optaron por implementar medidas como: convencer a los cantones de introducir

²⁰⁷ s/a, *Zúrich mantendrá el "turismo de la muerte"*, SWI Swiss Info,[en línea], 16 de mayo de 2011, Dirección URL: <https://www.swissinfo.ch/spa/z%C3%BArich-mantendr%C3%A1-el-turismo-de-la-muerte-/30240800> [Consulta: 08 de septiembre 2018].

programas de detección temprana y de tratamientos de la depresión e incentivar el estudio en materia de cuidados paliativos, considerando, en la práctica, un buen equilibrio entre el deber de protección del Estado y el respeto por la libertad personal de las personas. Por lo tanto, el Consejo Federal considera que es necesario renunciar a modificar la legislación penal federal para regular la asistencia privada u organizado al suicidio.

Otro de los obstáculos que encontramos es que en Suiza no es obligatorio presentar reportes a un registro central de suicidio asistido, así que las cifras que se estiman a nivel nacional no están completas. Sin embargo, la Oficina Federal de Estadística, en cooperación con las principales organizaciones dedicadas a la asistencia del suicidio, recauda datos con la finalidad de tener una mejor perspectiva.

Tabla 15. Suicidio Asistido en Suiza según edad y sexo (únicamente residentes suizos).

	2003	2009	2014	2015
Total	187	297	742	965
Hombres	70	132	320	426
Menos de 65 años	19	33	58	60
65 años o más	51	99	262	366
Mujeres	117	165	422	539
Menos de 65 años	29	34	60	83
65 años o más	88	131	362	456

Fuente: Oficina Federal de Estadística, datos disponibles en:

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/gesundheitszustand/sterblichkeit-todesursachen/spezifische.assetdetail.1023132.html>

Como podemos observar en la tabla, de 2003 a 2015 hubo un incremento del 516% en el número de personas que llevaron a cabo suicidio asistido, las mujeres predominan y la edad es de 65 años en adelante. Evidentemente este incremento responde al fallo de 2006 y al resultado de los referendos en los diversos cantones suizos, generando polémica y posicionamiento, especialmente, en la cultura europea.

De acuerdo con otro estudio realizado en el 2000 aproximadamente 86 personas recurrieron al suicidio asistido, y entre el periodo de 2003 a 2014 el patrón fue de mujeres, con educación superior, sin afiliación religiosa, sin hijos, divorciadas, y vivían en localidades con un alto nivel socioeconómico, principalmente, en la parte francófona de Suiza.²⁰⁸ Al igual que el índice en Estados Unidos, las personas que más solicitan asistencia son personas educadas y con un alto nivel socioeconómico, resaltando que las empresas cobran una cuota por dicho servicio, que si bien se tomaron en cuenta nacionales suizos para recabar estos datos, esto resulta una proyección de la clase social a nivel internacional, además, la soledad y la edad son factores determinantes para la toma de decisiones.

En 2009, aproximadamente el 44% de los casos son de personas que padecen cáncer, 14% una enfermedad neurodegenerativa, 9% una enfermedad cardiovascular, 6% una deficiencia motriz, 3% depresión y 0.3% demencia. Para 2014, de los 742 casos de suicidio asistido el 42% fueron personas que padecían cáncer, 14% enfermedades neurodegenerativas, 11% enfermedades cardiovasculares, 10% deficiencias motrices, 5% con depresión y 0.8% demencia. Si bien el porcentaje de depresión y demencia son bajos comparados con cáncer u otras enfermedades terminales, es importante resaltar que dicho porcentaje va incrementando como consecuencia del estilo de vida y exigencias del entorno hipermoderno que permea en la cotidianidad, y que, además, la revisión de criterios por parte de la empresa es cada vez más laxa.

Asimismo, el cantón con más casos registrados fue Zúrich con 1.4%, seguido de Ginebra con 1.3%, Neuchatel con 1.2% y Vaud con 1%.²⁰⁹ Con base en lo anterior, podemos entender que las empresas suizas más importantes, EXIT y Dignitas tienen sede en Ginebra y Zúrich, respectivamente

²⁰⁸ Steck N., Junker C., Zwahlen M., *et al*, *Increase in assisted suicide in Switzerland: did the socioeconomic predictors change?*, [en línea], Results from the Swiss National Cohort, BMJ Open, 2016, Dirección URL: <https://bmjopen.bmj.com/content/8/4/e020992>

²⁰⁹ Oficina Federal de Estadística, *Statistique des causes de décès 2014, Suicide assisté et suicide en Suisse*, [en línea], 11 de octubre de 2016, Dirección URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/actualites/quoi-de-neuf.assetdetail.3902306.html>

3.2 Empresas privadas

En Suiza existen dos principales asociaciones de asistencia al suicidio, Exit y Dignitas, la principal diferencia radica en que la primera únicamente acepta a nacionales suizos o en su defecto, residentes permanentes, en cambio la segunda, permite que extranjeros soliciten asistencia para una muerte digna. En este sentido, han existido múltiples críticas a la falta de regulación legal, si bien Exit cuenta con criterios mejor establecidos para aceptar a sus miembros y valorar la posibilidad de llevar a cabo una muerte asistida, Dignitas cuenta con una estructura jurídica endeble en este sentido.²¹⁰

Aunque Exit y Dignitas provean servicios similares, la organización, perfil del paciente, precio y *modus operandi*, es completamente diferente. Asimismo, la información publicada no es exhaustiva por lo que no se puede dar seguimiento de las cifras necesarias para un análisis completo.

En ambas, la base ética es la dignidad y la autodeterminación, sin embargo, el precio entre una y otra se diferencia en más de \$200,000 mxn., sin contar gastos de viaje en el caso de Dignitas. Es por esta razón que resulta indispensable plasmar las características y enfoque que tiene cada una.

3.2.1 Dignitas

Dignitas es la empresa más importante de asistencia al suicidio, ya que es la única en el país, y en el mundo, que acepta solicitudes de extranjeros; se funda en 1998, por Ludwing A. Minelli, un abogado suizo, bajo el fundamento del discurso de la muerte digna. Su lema es “*Vive con dignidad, muere con dignidad*” y cuenta con aproximadamente 8,400 miembros en 90 países diferentes, tiene una oficina en Forch y una casa cerca de Zúrich, y es ahí donde los suicidios asistidos toman lugar. El principal argumento por el que acepta extranjeros sostiene que la gente no debería viajar a Suiza para poder decidir su muerte, creando un incentivo y precedente para que sea legal en otros países; esta última parte resultar sustancial para comprender el fenómeno “turismo de la muerte”.

²¹⁰ Clare O’Dea, *¿Qué lugar social para el suicidio asistido?*, Swiss Info, [en línea], 09 de julio de 2002, Dirección URL: https://www.swissinfo.ch/spa/muerte-digna_-qu%C3%A9-lugar-social-para-el-suicidio-asistido-/33044088

La base legal se encuentra en el artículo 115 del Código Penal Federal Suizo, y como resultado, Dignitas busca asegurar que actúa como parte neutral, demostrando que no tienen nada que ganar con la muerte de sus miembros. De acuerdo con su constitución, su principal objetivo es asegurar una vida y muerte digna, salvaguardar los derechos humanos, y permitir que otras personas se beneficien de estos valores.

Desde una perspectiva filosófica y política, los valores fundamentales de Dignitas están basados en los mismos que el Estado suizo ha defendido desde su fundación en 1848 como federación moderna:

- **Respeto a la libertad de los individuos:** Respeto a la libertad y autonomía de los individuos como un ciudadano informado.
- **Libertad a las expectativas de terceras personas:** Defender la libertad y autonomía contra terceras personas que tratan de restringir estos derechos por alguna razón ideológica, religiosa o política. El Estado debe ser garante de una sociedad pluralista, siempre y cuando hagan uso de esa libertad y que no perjudique los intereses públicos o los intereses legítimos de un tercero.²¹¹
- **La humanidad:** Busca prevenir o aliviar el sufrimiento inhumano cuando sea posible.
- **La solidaridad con las personas más débiles:** en particular en la lucha contra los intereses materiales contrapuestos de terceros.
- **Pluralidad:** Defender el pluralismo como una garantía para el desarrollo continuo de la sociedad basado en la libre competencia de las ideas.
- **Democracia y derechos básicos:** La defensa del principio de la democracia, junto con la garantía de la constante evolución de los derechos fundamentales.
- **Los ciudadanos no son propiedad del Estado:** las personas que habitan en un país son los portadores de la dignidad humana, y ésta se caracteriza más fuertemente cuando una persona decide su propio destino.

²¹¹ Dignitas, *How Dignitas Works. On what philosophical principles are the activities of this organisation based?*, [en línea], Forch, Switzerland, 3ra edición, mayo 2014, Dirección URL: http://www.dignitas.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=23&Itemid=84&lang=en

Tomando en cuenta que Dignitas acepta personas con padecimientos mentales como depresión, pone en duda el objetivo de aliviar el sufrimiento inhumano y esto se ve reflejado en el aumento de las cifras, además de que los criterios establecidos para aceptar personas con ese perfil es cada vez más laxo, asimismo, victimiza y vulnerabiliza aún más a quienes solicitan la muerte asistida, poniéndolos en una posición de debilidad ante la situación moderna actual, y finalmente, no se menciona nada sobre la inclusión a personas sin los recursos económicos necesarios para cubrir los gastos que implica.

Dentro de las actividades que comprende Dignitas encontramos:

- Asesoramiento en todo lo concerniente a terminar con su vida.
- Cooperación con psiquiatras, psicólogos y otras asociaciones.
- Prevención de suicidio e intentos.
- Cuida los derechos de los pacientes.
- Ayuda en las cuestiones jurídicas.

Es importante resaltar que, con base en estas actividades, se costean los paquetes económicos que cada cliente va a solicitar, es decir, dependiendo qué actividades deseen en su muerte asistida es lo que eleva o disminuye el precio del servicio.

Este servicio se brinda a las personas que lo deseen siempre y cuando lo hagan bajo su propia voluntad y se demuestre por medio de una firma o, en caso de incapacidad, por un video en donde confirmen su identidad, el deseo de morir. Además de esto, se someten a un informe médico detallado elaborado por un psiquiatra que establece la condición del paciente, el cual es requerido en los tribunales suizos para evitar inconvenientes posteriormente.

El proceso para poder ejercer el derecho a una muerte digna en Dignitas es el siguiente:

1. Convertirse en miembro (mandar información y ser aceptado).
 - a. Para ser aceptado debe tener un mínimo nivel de movilidad física para administrarse la solución por sí solo.

- b. Además, debe de tener alguna enfermedad terminal, alguna incapacidad o dolor incontrolable (tomando en cuenta dolores físicos y mentales).
2. Recepción de la solicitud, examinarla y ponerse en contacto con el interesado para entrevistarlo y plantearle distintas alternativas.
 - a. Esta solicitud debe tener una carta firmada por el interesado en donde especifique las razones por las cuáles quiere realizar el suicidio asistido y su condición física en ese momento.
 - b. Un CV en donde remarque la relación que tiene con sus parientes.
 - c. En caso de ser así, los últimos reportes médicos relacionados a su padecimiento.
3. Una vez que la solicitud se acepte y el interesado siga inclinándose por llevar a cabo el suicidio asistido se pasa la solicitud a un médico externo.
4. Éste acepta la solicitud y se da una “luz verde provisional” en donde se indica que el interesado está casi listo para adquirir la dosis letal de Sodio Pentobarbital. Sin embargo, puede mantener este estatus por días, meses y hasta años en caso de no querer el servicio. Según un estudio realizado de una universidad alemana, aproximadamente el 70% de las personas que obtuvieron una respuesta positiva provisional, en un periodo de tiempo determinado, no volvieron a ponerse en contacto con la empresa.²¹²
5. Posteriormente, para obtener “luz verde definitiva”, el interesado tiene que agendar visitas personales, mínimo dos, con el doctor, para dialogar y conocer mejor el caso. En caso de no vivir en Suiza, esto incrementa el precio final ya que el transporte no está incluido.
6. Una vez agendada la cita, ésta se lleva a cabo y se explica el procedimiento al interesado y a sus familiares.

²¹² *Ídem.*

7. Entendido esto y sin más dudas al respecto Dignitas debe dejar en orden todos los documentos del interesado y ofrecer sus servicios para certificar la muerte y la cremación o transporte del cuerpo.
8. Finalmente, se firma un documento en donde el interesado declara que quiere terminar con su vida, que quiere usar el servicio, y que Dignitas le informó sobre los posibles riesgos y consecuencias que esto podría traer.
9. El día de la asistencia al suicidio, el interesado lleva a cabo el acto en una casa adecuada en compañía de sus familiares o de las personas que brinde la empresa, toma 15 gramos de pentobarbital y unos minutos después (2 a 5 minutos) cae en coma y finalmente se paraliza el aparato respiratorio.
10. Una vez confirmada la muerte se notifica a la policía para que puedan hacer la investigación correspondiente.

Referente al método de suicidio, en 2008 se registraron cuatro casos en donde, como consecuencia de la dificultad para conseguir pentobarbital, la gente tuvo que respirar gas helio como método de suicidio en lugar de una sobredosis del químico indicado. Sin embargo, fueron muertes extremadamente dolorosas y largas, factor que incidió en la baja de extranjeros en busca del suicidio asistido.

No obstante el incremento en la demanda a través de los años, Dignitas se ha visto involucrado en una serie importante de críticas, dentro de las cuales podemos resaltar las opiniones recibidas en torno a la asistencia practicada en automóviles en vía pública, ya que, consecuencia de las quejas de los vecinos de la primera sede, obligaron a la empresa a llevar a cabo numerosos cambios de local pasando por una casa, un hangar, un hotel, el automóvil del presidente de la asociación y actualmente en una casa a 15 kilómetros del centro de Zúrich.

Otra de las críticas importantes se generó a partir de que Soraya Wernli, antigua secretaria general de Dignitas, dio a conocer a los medios la información referente a las 300 urnas, con restos óseos de los clientes de la organización, arrojadas en el lago de Zúrich.²¹³ Las críticas se centraron en la posible violación a la normativa ambiental y en

²¹³ Alexandra Williams, *300 urns with human ashes dumped in Lake Zurich near Dignitas clinic*, [en línea], The Telegraph, Geneva, Suiza, 27 de abril de 2010, Dirección URL:

la contradicción de los valores de la empresa, enfatizando la profanación de la dignidad de los muertos, sin embargo, no hubo consecuencias legales, ya que en Suiza no existe ninguna prescripción legal respecto al destino que debe darse a las cenizas de una persona fallecida, la única regla es respetar la propiedad privada de un tercero.²¹⁴

De acuerdo con el Estatuto de Dignitas, los recursos de la asociación se componen de contribuciones de los miembros y donaciones de personas ajenas a la fundación. Sin embargo, una década después de la fundación de la empresa, un estudio realizado por Beobachter, un periódico alemán, encontró que Ludwing Minelli tenía un ingreso anual sujeto a impuestos de £ 98,000 (\$2,498,857.85 mxn.) y una fortuna personal de más de £ 1.2 millones (\$30,598,259.34 mxn.), riqueza que incluye una villa de lujo.²¹⁵

En este sentido, los gastos para solicitar y realizar un suicidio asistido se reparten de la siguiente manera: como cuota de inscripción se requieren 200 francos suizos (\$3,838 mxn.) y una suscripción anual de membresía de, mínimo, 80 francos suizos (\$1,535 mxn.), que puede utilizarse como “seguro”, es decir, puede que seas miembro de Dignitas pero que nunca lleves a cabo el suicidio asistido y únicamente se tenga esa opción en caso de requerirla.

Como es de esperarse, todo este procedimiento no se logra cubrir con los 200 francos suizos de inscripción que solicita. En el intervalo de inscripción y hasta conseguir la “luz verde provisional” se solicita a los miembros una contribución adicional de 3,500 francos suizos, es decir, \$70 586 mxn., el cual debe darse por adelantado. No obstante, no garantiza que el suicidio asistido pueda estar ligado a este pago. Posteriormente los gastos que se generan por la consulta del doctor equivalen a 1,000 francos suizos más, (\$20,000 mxn.). Para completar el suicidio asistido se solicitan 2,500 francos más (\$50,500 mxn.). Una vez pagada esta cantidad se ofrecen los servicios de funeral, incluida cremación, el cual tiene un costo de 2,500 francos.

<https://www.telegraph.co.uk/news/worldnews/europe/switzerland/7641989/300-urns-with-human-ashes-dumped-in-Lake-Zurich-near-Dignitas-clinic.html>

²¹⁴ Ariane Gigon, *Nuevos ritos funerarios en Suiza*, [en línea], SwissInfo., Suiza, 24 de julio de 2012, Dirección URL: https://www.swissinfo.ch/spa/sociedad/credos-religiosos_nuevos-ritos-funerarios-en-suiza/33162688

²¹⁵ s/a, *Dignitas founder is millionaire*, [en línea], The telegraph, 24 de junio de 2010, Dirección URL:

<https://www.telegraph.co.uk/news/worldnews/europe/switzerland/7851615/Dignitas-founder-is-millionaire.html>

Además, Dignitas puede hacerse cargo de los procedimientos legales posteriores a la muerte y este servicio tiene un costo de 1,000 francos más.

El total es de aproximadamente \$237,759 mxn., esto sin contar los gastos adicionales que se puedan generar como el transporte y el V.A.T (I.V.A) que no se incluyen; resultando en algo inasequible para millones de personas que sufren alguna enfermedad terminal.

A pesar del alto costo, la empresa cuenta con más de 8,000 miembros en diferentes países. En la siguiente tabla veremos el número de miembros de los países analizados en esta investigación:

Tabla 16. Miembros de Dignitas por país.

País	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Alemania	2753	2917	3054	3205	3133	3223	3351
Bélgica	25	27	25	24	27	31	33
Canadá	80	83	106	120	116	131	153
Estados Unidos	269	292	296	326	366	453	542
Francia	493	508	653	646	718	730	756
Luxemburgo	17	18	19	18	14	14	17
México	4	2	3	4	3	4	7
Países Bajos	95	90	58	55	49	44	43
Reino Unido	893	821	842	828	996	1139	1315
Suiza	695	820	695	690	681	684	688
Total de todos los países por año.	6924	6595	6261	7117	7291	7764	8432

Fuente: Base de datos de Dignitas, datos disponibles en:

<http://www.dignitas.ch/images/stories/pdf/statistik-ftb-jahr-wohnsitz-1998-2017.pdf>

Como podemos observar en la tabla, Alemania es el país con mayor número de miembros, seguido de Reino Unido y Francia, consecuencia directa de la limitación legal que existe en torno al tema de la muerte asistida, así como de los índices de enfermos terminales y personas con padecimientos mentales, cabe resaltar, además, que la diferencia de miembros es del doble y el triple respectivamente. Asimismo, podemos percibir que en todos los países hubo un incremento en el número de

miembros a pesar de que en algunos hubo modificaciones legales a favor de la muerte asistida, lo que demuestra que gran número de personas con enfermedades no necesariamente terminales, buscan este servicio. Finalmente, no hay registro de ningún miembro procedente de Colombia, que como se menciona anteriormente, es el único país latinoamericano en donde la asistencia a la muerte digna es permitido legalmente.

No obstante, es importante mencionar el número de suicidios asistidos que se han practicado por cada país estudiado:

Tabla 17. Total de suicidios asistidos por año y lugar de residencia.

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	total	% total
Alemania	-	1	3	31	50	45	66	78	120	75	59	35	29	72	84	92	80	86	73	71	1150	45.10
Bélgica	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	2	-	-	-	4	0.16
Canadá	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	5	1	5	1	2	8	11	7	5	12	60	2.35
Estados Unidos	-			-	1	4	3	3	-	2	-	-	5	9	7	10	7	15	9	16	91	3.57
Francia	-	-	-	2	4	12	3	12	16	18	19	7	9	15	20	22	35	33	30	42	299	11.73
Luxemburgo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	0.04
México	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	0.04
Países Bajos	-	-	-	-	1	1	-	1	2	2	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-	10	0.39
Reino Unido	-	-	-	-	1	15	10	15	26	17	23	27	26	22	33	29	29	37	47	34	391	15.33
Suiza	6	4	4	11	17	9	14	12	15	6	10	4	6	11	13	8	6	4	6	7	173	6.78

Fuente: Base de datos de Dignitas, datos disponibles en:

<http://www.dignitas.ch/images/stories/pdf/statistik-mitglieder-wohnsitzstaat-31122017.pdf>

Podemos observar la relación directa entre el número de miembros, con las asistencias a una muerte digna en los países estudiados, es decir, Alemania sigue teniendo el primer lugar (45.10%), seguido por Reino Unido (15.33%) y Francia (11.73%). Cabe resaltar que en 2002 fue el primer suicidio asistido de un miembro procedente de Reino Unido; en 2004 fue el primer suicidio asistido de Canadá, y el único suicidio asistido de México fue registrado en el 2005, mientras que el de Luxemburgo fue en 2011, es importante destacar estas últimas dos cifras, ya que en Luxemburgo sí es legalmente aceptado la muerte digna, mientras que en México no. Finalmente, la mayoría de los países tienen su auge en 2016 y 2017, excepto Alemania y Suiza que fue en 2006 y 2002, respectivamente.

Para tener una idea general del número de muertes asistidas se presenta la siguiente tabla:

Tabla 18. Total de suicidios asistidos por año.

Año	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
Total	6	5	7	50	76	100	105	138	195	138	
Año	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	TOTAL
Total	132	89	97	160	198	205	204	222	201	222	2550

Fuente: Base de datos de Dignitas, datos disponibles en:
<http://www.dignitas.ch/images/stories/pdf/statistik-ftb-jahr-wohnsitz-1998-2017.pdf>

En general en la tabla podemos observar el aumento constante de suicidios asistidos llevados a cabo, excepto de 2006 a 2009 que disminuyó dicha cifra. De 1998 a 2001, tan sólo tres años desde su fundación, hubo un incremento de más de 800%, así como de 2001 a 2006 el aumento fue del 200%, a partir de 2011 el incremento vuelve a ser una constante para los años posteriores, y finalmente, el total hasta 2017 es de 2,550 personas asistidas.

En conclusión, sabemos que la crisis económica actual no permite que cualquier persona pueda tener el poder adquisitivo para llevar a cabo “una muerte digna”. Los riesgos económicos son horizontales y las soluciones verticales. Paradójicamente, esta sociedad ha transformado el derecho del individuo a morir dignamente en un negocio para terceras personas, como organizaciones suizas, encargadas de mercantilizar la muerte, a través de "paquetes turísticos" del suicidio

asistido, convirtiéndose en un servicio más. Esa es la más grande contradicción moral y social hoy en día, utilizar una sociedad de riesgos muchas veces creada por el hombre, en un objeto de consumo. Por un lado, está el derecho del individuo a morir dignamente a través del suicidio asistido y por el otro, quien asiste ese suicidio, convirtiéndolo en un negocio.

3.2.2 Exit

Exit es la asociación más grande en Suiza ya que cuenta con más de 100,000 miembros y, a diferencia de Dignitas, atiende únicamente a ciudadanos suizos o residentes extranjeros. Su fundación fue el 3 de abril de 1982, bajo el lema de “vida y muerte autodeterminadas”, la sede principal se encuentra en Zúrich, y tiene sucursales en los cantones de Berna, Basilea y Ticino, además, tiene una afiliación en la parte francófona situada en Ginebra con aproximadamente 20,000 miembros.

La base legal se encuentra en el artículo 115 del Código Penal Federal Suizo, y es en este sentido que una de las mayores diferencias entre Dignitas y Exit, es que las personas que asisten la muerte digna de EXIT se ofrecen como voluntarios para el trabajo y solo se les reembolsan los gastos que salen directamente de su bolsillo.

Dentro de las actividades que comprende Exit encontramos:

- Asesoramiento en todo lo concerniente a terminar con su vida.
- Protección legal
- Acceso en línea a la información de la fundación.
- Programas de prevención del suicidio.
- Ofrece cuidados paliativos a través de su fundación Palliacura.
- Testamento vital.²¹⁶

La tarea principal es aconsejar al paciente para intentar prevenir el suicidio, ofrecerles cuidados paliativos que hagan más llevadera la espera de la muerte natural y, en caso de persistir el deseo del paciente de morir, facilitar la muerte asistida de la persona. A diferencia de Dignitas, Exit tiene dos actividades importantes que vale la pena resaltar, la primera referente a la fundación asociada que desde hace más de 20 años se

²¹⁶ Exit, vereinigung Für Humanes Sterben, Deutsche Schweiz, ¿Qué ofrece EXIT?, en línea, Suiza, Dirección URL: <https://exit.ch/was-bietet-exit/>, [Consulta: 02 de diciembre de 2018].

dedica a brindar cuidados paliativos a las personas con enfermedades terminales, siendo uno de los factores más importantes para que ser miembro de la Federación Mundial del Derecho a Morir; y la segunda, que ha sido el éxito real de esta fundación, es la posibilidad de obtener un “testamento vital”.

Un testamento vital estipula, por escrito, qué atención médica o tratamiento se desea o se rechaza en el caso de que la persona ya no sea capaz de juzgar o ya no pueda expresarse. Generalmente, después de un accidente, los pacientes con enfermedad grave o demencia a menudo ya no pueden decidir por sí mismos el tratamiento médico. Así, que éste, evitará las presunciones de familiares y practicantes, porque la voluntad escrita del paciente es vinculante y también se puede hacer cumplir. Actualmente, según cifras brindadas por el organismo, se almacenan 85,000 testamentos a los que los miembros pueden acceder en cualquier momento y Exit ayuda con medios legales para que se cumpla esta directiva anticipada.²¹⁷

Los requisitos para ser miembro de Exit son: la persona debe ser mayor de 18 años y que sea nacional suizo, o en su defecto, residente permanente extranjero, con este mínimo de requisitos podrá solicitar el testamento vital. A su vez, para que pueda gestionar las acciones necesarias a fin de tener una muerte digna debe de cumplir con:

- Facultad de juicio, es decir, estar consciente de su decisión y lo que implica.
- No se debe actuar por impulso, debe de mostrar un deseo persistente de que desea morir.
- No debe de estar influenciado por algún tercero.
- El acto lo debe cometer por sí misma(o).
- Padecer alguna enfermedad terminal con un diagnóstico de muerte próximo, sufrimiento insoportable o alguna incapacidad.

²¹⁷ *Idem.*

En 2014 Exit incluye en su estatuto el compromiso en favor de la muerte digna ligada a la edad, es decir, acompañar a ancianos que, aunque no padezcan enfermedades terminales, sí están aquejados por otros malestares.²¹⁸

El procedimiento para llevar a cabo la muerte digna es idéntico al practicado en Dignitas: Se solicita una constancia del diagnóstico médico, incluyendo un certificado que confirme la facultad de juicio, así como reportes de hospitales disponibles. Una vez que estos documentos fueron recibidos y revisados, la persona que asistirá en el suicidio visitará al interesado y se discutirá la situación y se realizará una entrevista con el fin de aclarar cualquier duda y plantear opciones alternas. En caso de que afirme que quiere seguir con el proceso, Exit solicitará a un médico que extienda una receta para el medicamento letal, ya sea a través del médico general, el médico tratante o un médico consultor. La oficina central obtendrá el medicamento recetado en una farmacia y lo mantendrá en fideicomiso para el miembro.

De acuerdo con el Estatuto de Exit, la asociación se compone de la cuota que aportan los miembros y de las donaciones otorgadas. En un reporte financiero de 2016 se indicó que el total de la cuota de membresía fue de 7 millones de francos suizos (\$139,137,299.28 mxn) aproximadamente, mientras que en donaciones se recibieron aproximadamente 745,000 francos suizos (\$14,808,183.99 mxn). A diferencia de Dignitas, en la página oficial de Exit sí es posible encontrar el desglose de ingresos y egresos, por año, de la empresa.

A pesar de que las actividades no se diferencian mucho entre Dignitas y Exit, el precio sí. Los miembros de Exit, pagan una cuota anual de 45 francos suizos (\$894 mxn), y para poder obtener la asistencia para una muerte digna debe de cumplir con un mínimo de 3 años de membresía, ya que cuanto más antigüedad tenga el socio más sencillo le resultará poner fin a su vida por el módico precio de unos 1,100 francos suizos (\$21,866.20 mxn). Las personas que tienen menos de 3 años tienen que pagar una cuota de recuperación de 1,100 y 3,700 (\$73,203.14 mxn.) francos suizos, según la duración de la membresía.²¹⁹

²¹⁸ Cristina Z. Albuja, *El derecho al suicidio asistido en Suiza al "turismo de la muerte"*, [en línea], El Confidencial, Zurich, Disponible en: https://www.elconfidencial.com/mundo/2016-07-05/eutanasia-suiza-turismo-muerte_1227670/

²¹⁹ *Idem.*

Tabla 19. Relación de miembros

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Total de miembros	-	54,155	58,203	65,156	69,501	81,015	95,621	104,278
Solicitudes aprobadas	-	421	468	612	723	879	1,083	991
Muertes asistidas	217	257	306	356	459	583	782	722
• Mujeres	-	140	182	217	267	330	434	415
• Hombres	-	117	123	139	192	253	348	307

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos en: https://www.swissinfo.ch/spa/exit_aumentan-las-filas-de-ente-pro-muerte-asistida/43897460 y https://exit.ch/suche/?tx_indexedsearch_pi2%5Baction%5D=search&tx_indexedsearch_pi2%5Bcontroller%5D=Search&cHash=a5b59be65d16ffe5743e05c36e812e1e

A pesar de que se funda en 1982, la primera muerte digna se lleva a cabo en enero de 1985, las cifras previas a los años indicados en la tabla únicamente están disponibles para los miembros de Exit, sin embargo, podemos observar que el total de miembros se duplicó en un periodo de seis años, de 2010 a 2016. Cabe resaltar que la mayoría de las personas son miembros gracias a la posibilidad de obtener el testamento vital y no necesariamente porque tengan alguna enfermedad terminal. De este número de miembros, se desprende un porcentaje de personas que solicitan el suicidio asistido y de las cuales se aceptan las solicitudes, siendo 2015 el año con mayor número. Enseguida, encontramos el número de muertes asistidas llevadas a cabo, con base en la antigüedad y padecimientos, se determina quién podrá tener una muerte digna, y como reflejan las estadísticas, el número de mujeres es mayor desde los últimos seis años y la edad promedio es de 77 años, y los cantones con más demanda son Zúrich y Berna.

Por otra parte, es importante conocer los padecimientos por los cuales se lleva a cabo la muerte digna, ya que, a diferencia de Dignitas, Exit tiene esta información totalmente pública:

Tabla 20. Relación de padecimientos y muerte digna.

Padecimiento	2014	2015	2016
Cáncer	224	319	292
Poli morbilidad	138	175	182
Dolores insoportables	54	67	49
Enfermedades de pulmón	33	39	43
Parkinson	14	34	28
Derrames cerebrales	15	12	22
Esclerosis lateral amiotrófica	13	18	16
Enfermedades del corazón	25	33	15
Demencia	8	11	14
Trastornos Mentales	9	13	13
Esclerosis múltiple	14	11	12
Enfermedades de los ojos	4	10	8
VIH	1	2	4

Fuente: Elaboración propia con datos obtenidos en:

https://exit.ch/suche/?tx_indexedsearch_pi2%5Baction%5D=search&tx_indexedsearch_pi2%5Bcontroller%5D=Search&cHash=a5b59be65d16ffe5743e05c36e812e1e

De acuerdo con las cifras, la enfermedad más común por la que se aprueba la asistencia a la muerte digna es cáncer en estado terminal, en segundo lugar, encontramos a personas que sufren una serie de padecimientos que impiden seguir con la cotidianidad de su vida. En general el rango ha ido incrementando, a excepción de las enfermedades del corazón que disminuyó en 2016. Los casos por trastornos mentales están sujetos a una revisión minuciosa en donde las condiciones previas son estrictas e incluyen dos opiniones de expertos independientes, así como el veredicto de la Comisión de Ética de la Sociedad. En el caso de personas con demencia, como se ha mencionado, aumenta constantemente y es por esta razón que este grupo únicamente es elegible sólo durante las primeras etapas de la enfermedad, ya que, conforme avanza la enfermedad, pierden cada vez más su capacidad de juzgar, siendo el testamento vital el único medio de protección.

Finalmente, podemos observar la diferencia entre el manejo y parámetros operados por Dignitas y por Exit, los cuales ponen en duda las intenciones de lucro

que se podrían interpretar en la primera. ¿Se convirtió la muerte digna en un nicho de mercado?

3.3 ¿Morir con dignidad como un nicho de mercado?

La creación de empresas privadas que brindan el servicio de muerte asistida, sin regulación por parte del Estado, por una parte, demuestra la mercantilización de la dignidad y, por la otra, el reforzamiento del *status quo* al tener cuotas altas, no asequibles para cualquier persona que padezca una enfermedad terminal, generando una doble exclusión, económica y social, al visualizarse como una posible carga para la comunidad. En este sentido, dadas las condiciones del contexto internacional y el modelo capitalista neoliberal, en el caso de las personas con algún trastorno mental o con cansancio de vida, siendo su condición física y mental factor determinante para la armónica convivencia, se comienzan a sentir relegados e interiorizan la pérdida de valor humano al no cumplir con los estándares sociales.

Consecuencia de los avances médicos y tecnológicos, la sociedad envejece y la expectativa de vida es cada vez más alta, sin embargo, esto no garantiza una calidad de vida, por lo menos aceptable, es decir, en muchas ocasiones la calidad de vida no refleja la opinión personal de dignidad. Ejemplificando lo anterior podemos observar el caso de las personas con menos de 60 años que solicitan una muerte digna sin padecer algún tipo de enfermedad terminal o trastorno mental, lo cual se puede relacionar totalmente con la falta de vínculos sociales que se han establecido en el modelo económico actual. Con la edad aumentan las enfermedades físicas y emocionales, y estos riesgos no distinguen fronteras o clases sociales, situación que abre el panorama a la búsqueda de otras opciones para aliviar dichos padecimientos y administrar la muerte.

Para entender la administración de la muerte, es necesario conocer la teoría de la administración de la vida, en el sistema y contexto actual. Es Michel Foucault, desde una lectura crítica, quien desarrolla la formulación famosa en la que se refiere a la biopolítica como aquella vertiente social ligada a las técnicas disciplinarias del poder y el control demográfico. Las reflexiones de Foucault nos trasladan a la revisión de lo que son la sociedad y el poder en cuanto a lo disciplinario. En la vida moderna, la individualización y la humanización van de la mano al bloquear, aniquilar y suprimir a los seres humanos, su subjetividad y su corporeidad. Se les requiere como fuerza de

trabajo, como clientela y como consumidores,²²⁰ con el fin de hacer vivir a unos y dejar morir a otros, generalmente a los grupos racializados y subordinados, en este caso a las personas que padecen enfermedades terminales, alguna discapacidad motriz, trastornos mentales, o simplemente sufren cansancio de vida por el entorno o la edad, sin que ésta sea determinante.

Se visualiza al enfermo como un aislado corporal, y dentro de esta lógica, la biopolítica plantea el control de la sociedad no sólo a través de la ideología, sino que también requiere del control corporal de los individuos, es decir, con el cuerpo y en el cuerpo. Visualizar al ser humano por un lado como consumidor y por otra parte como agente de producción constante a consecuencia del sistema capitalista actual, cuyo fin es extraer beneficios de todo lo que le rodea, en donde la persona se entiende como materia para extraer todos los beneficios posibles.

En este sentido podemos entender el biopoder como el mecanismo a través del cual los agentes políticos y económicos, controlan los procesos vitales para obtener el mayor beneficio posible a sus intereses. Aunado a esto, es importante especificar que en el neoliberalismo se espera que la política pública regule la salud y el crecimiento de la población con iniciativas encaminadas a que el individuo se haga cargo de sí mismo, o en otros términos, sea empresario de sí mismo. En este sentido, si juntamos estas variables podemos deducir que las exigencias capitalistas han transformado en mercancías la vida y todos sus procesos asociados, incluida la muerte. En las sociedades hiperconsumistas, los cuerpos se convierten en una mercancía, y su cuidado, conservación, libertad e integridad son productos relacionados, para aprovechar, conservar y lucrar con el poder de hacer morir.²²¹

La biopolítica se desarrolla desde y para un contexto internacional de primer mundo, resultando insuficiente para describir y analizar la realidad de países latinoamericanos o del continente africano. Por esta razón, Achille Mbembe, un filósofo africano, plantea a través de la necropolítica, cómo la muerte puede

²²⁰ José Luis Tejeda González, *Biopolítica, control y dominación, la biopolítica y las nuevas áreas de indagación*, [en línea], Espiral, Estudios sobre Estado y Sociedad, Vol. XVIII, No. 52, Septiembre/Diciembre de 2011, Dirección URL: <http://www.scielo.org.mx/pdf/espiral/v18n52/v18n52a3.pdf> p. 79

²²¹ Ariadna Estevez, *El dispositivo necropolítico de producción y administración de la migración forzada en la frontera de Estados Unidos-México*, [en línea], Estudios Fronterizos, 2018, vol. 19, Dirección URL: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0187-69612018000100110&script=sci_arttext

administrarse mediante dispositivos creados por el orden “civilizado”, dentro de los cuales vivir implica tener los medios para hacerlo, en un mundo que privilegia determinados ejercicios de poder que convierten en armas el lugar de procedencia, el estatus social y económico, la riqueza, la autoridad o la fuerza.²²²

La necropolítica es la administración de la muerte por parte del Estado en donde gracias a la muerte de un grupo vulnerable se protege la vida de otros, por lo que, si bien el gobierno suizo no está implementando medidas directas para terminar con la vida de cierto grupo, sí está omitiendo la regulación del suicidio asistido y dejando en manos de empresas privadas los lineamientos para llevarlo a cabo, generando una clase de necropolítica invisibilizada en primer mundo.

Por una parte, en el caso de la muerte asistida, la creación de empresas que ofrecen este servicio, y específicamente en el caso de Dignitas en donde el costo es muy alto, se genera una exclusión socioeconómica ya que se exponen y vulnerabilizan a las personas que padecen una enfermedad terminal y que no pueden costearla, además de que la legislación del país de origen no permite solicitar una muerte digna, a través de la eutanasia o del suicidio asistido.

Por otra parte, se ha consolidado un grupo de poder económico más elevado, en el cual se han observado determinados factores de poder que los empujan a solicitar una muerte asistida mercantilizada, sin padecer una enfermedad terminal, en donde la omisión del Estado deja a las personas en manos de la regulación del sector privado.²²³

En este sentido, en algunos cantones suizos han expuesto iniciativas de regulación para la muerte asistida, tal como sucedió en 2007 cuando la Fiscalía de Zúrich presentó un borrador en el cual se pretendía establecer el control de calidad, la transparencia en las finanzas, las características que debería tener el personal, etcétera; estas iniciativas han sido rechazadas por empresas como Exit y Dignitas,

²²² Helena Chávez Mac Gregor, *Necropolítica, la política como trabajo de muerte*, [en línea], Universidad Autónoma de México, Instituto de Investigaciones Estéticas, Revista Ábaco, Vol. 78, 2013, Dirección URL: <http://www.revistasculturales.com/xrevistas/PDF/72/1723.pdf>, p. 26

²²³ *Ibidem*.

actuando como grupos de poder fortaleciendo la opinión del gobierno suizo de que el marco legal actual es suficiente.

Ahora bien, para complementar el argumento sobre el reforzamiento del *status quo*, debemos visualizar la mercantilización de la muerte asistida desde una perspectiva capitalista neoliberal, en la cual Dignitas funciona como cualquier otra asociación en donde los miembros aceptan los estatutos y pagan una cuota anual, y en un momento dado, expresan su deseo de requerir una muerte asistida, lo cual representa el mayor gasto económico para quien así lo desea. La necropolítica puede visualizarse como un dispositivo legal-administrativo que ordena y sistematiza los efectos o las causas de las políticas de muerte.

Para puntualizar la diferencia entre la biopolítica y la necropolítica, debemos entender que la primera se contextualiza en el “primer mundo capitalista” y regula la vida para garantizar un óptimo estilo de la misma, así como para establecer y producir estilos de vida específicos, mientras que, en la necropolítica, se abandona la regulación vital y en cambio lo que se controla, usa y capitaliza es la muerte, primero una muerte simbólica, por las intervenciones del capitalismo en lo social, lo político y lo ideológico, y posteriormente una muerte real cuando se solicita y paga un suicidio asistido sin tener alguna enfermedad terminal, convirtiendo al sujeto en un consumidor, en donde se defiende, aunque de manera involuntaria, cierto *status quo*.

En este sentido, se puede diferenciar entre una necropolítica simbólica y una necropolítica real, en donde la primera se actualiza en tanto la ideología de descarte interiorizada por los vulnerados, consecuencia del capitalismo neoliberal, los obliga a optar por una muerte asistida mercantilizada y se materializa en el momento en que no existe regulación por parte del gobierno suizo.

Retomando los factores expuestos en los capítulos anteriores podemos relacionar la necropolítica simbólica con la teoría de la cultura de descarte, la situación socioeconómica del envejecimiento y de personas que padecen trastornos mentales, ya que todos tienen en común la exclusión de la persona, especialmente si está enferma, con discapacidad o vulnerable por cualquier razón.

Siguiendo esta lógica, la base de las discriminaciones y de las exclusiones está en una cuestión antropológica: *¿Cuánto vale el ser humano y sobre qué se basa el valor de la persona?* La falta de salud y la discapacidad no son nunca una buena razón para excluir o eliminar a una persona, la más grande privación que las personas ancianas sufren no es la debilidad del organismo y su discapacidad sino el abandono, la exclusión y la privación de la convivencia familiar y social.

Lo antes expuesto lleva a que las personas se sientan totalmente inservibles a las demandas sociales establecidas, llevando su toma de decisiones al final de la vida y, ésta a su vez, se institucionaliza a través de las lagunas jurídicas existentes en la legislación suiza, en tanto el gobierno se niega a implementar medidas de regulación.

Ahora bien, la necropolítica real se materializa cuando no se tienen los medios para poder vivir dignamente, tal como tener un poder adquisitivo insuficiente, un *status quo* bajo, o no contar con las capacidades físicas o mentales requeridas en un esquema de producción industrializado, tal como personas con padecimientos mentales, de edad avanzada, o cansadas de vivir. La situación de abandono social e individual generado por la estructura capitalista neoliberal orilla a optar por una muerte digna, aun padeciendo o no de una enfermedad terminal.

Hoy en día, podemos decir que la identidad del sujeto está determinada en gran medida por el consumo, por lo cual el capitalismo no sólo debe entenderse como un sistema de producción, sino también como parte de una construcción cultural. Sus dinámicas crean identidades y subjetividades culturales que sostienen y generan los medios de reproducción del capital²²⁴ y del perfil de personas que solicitan una muerte digna en Dignitas.

Un artículo publicado en *Daily Mail* indicó que las mujeres con educación superior, divorciadas, con una posición socioeconómica más alta y que viven solas son las mayores solicitantes del suicidio asistido. De igual manera otro estudio, realizado por Exit y Dignitas, mostró que en 16% de los casos los solicitantes no padecían ningún tipo de enfermedad terminal. Es interesante el resultado de estos

²²⁴ Ariadna Estevez, *Biopolítica y necropolítica: ¿constitutivos u opuestos?*, [en línea], Espiral, 2018, XXV, Septiembre-Diciembre, Dirección URL: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/138/13857324001/index.html>

censos ya que reflejan la situación de diversas variables como el género, el nivel de educación, y la clase socioeconómica.

Las mujeres resultan entonces ser un grupo vulnerable, en contexto de una sociedad occidental marcada firmemente por el machismo estructural; pero que, al mismo tiempo, reproduce dicho sistema al sentirse victimizada por las circunstancias. No es coincidencia que sean mujeres con un nivel de estudios y económico alto, y que el hecho de vivir solas sea una variable dentro de esta lectura. Aunado a esto, y tomando en consideración que, si bien en ese 16% no involucran enfermedades terminales y cuya tendencia va en ascenso, únicamente expone el malestar social que se vive actualmente.

Sin embargo, el 84% de personas que padecen alguna enfermedad terminal como cáncer o esclerosis optan por solicitar una muerte asistida por dos causas principales como lo son, la desigualdad de condiciones sociales y la falta de tratamiento para estas enfermedades. Aunado a la exclusión social interiorizada, debemos de tomar en cuenta que el sistema de salud suizo carece de un área de cuidados paliativos para las personas que padecen cáncer, por lo que cuando nos encontramos con un problema de salud, la expectativa del paciente y de sus familiares, es que sea atendido y curado en un hospital, no habiendo así una red de instituciones integradas que constituyan un sistema nacional de salud.

En comparación, tenemos el caso de Exit y de Dignitas, en el cual la primera cuenta con una asociación de cuidados paliativos que funge como apoyo para las personas que solicitan la muerte digna y que padecen una enfermedad terminal, mientras que en el caso de la segunda, no se tiene ningún tipo de convenio u opción en este sentido, más que otorgar el suicidio asistido.

Esto se debe a que el sistema de salud en Suiza está fragmentado: los hospitales están concebidos como entidades económicas donde mucha gente paga de su bolsillo a las instituciones que atienden a enfermos crónicos, las residencias para la tercera edad y los servicios de atención domiciliaria.

En este sentido, se estima que los cuidados paliativos evolucionen a un sistema mixto: donde se creen incentivos para el cuidado de los enfermos crónicos

y se vaya construyendo algo parecido a un sistema nacional de salud, pero manteniendo los servicios de cuidados intensivos en los hospitales cuando estos sean útiles.²²⁵

Sobre este punto, resulta importante resaltar la perspectiva de las personas que padecen enfermedades terminales, trastornos mentales o simplemente vejez bajo el sistema capitalista neoliberal.

En general, en Suiza aún hay una visión limitada sobre lo que podría y debería ser el final de la vida de un ser humano. En Asia, por ejemplo, llegar a la senectud representa alcanzar la cima de la vida. Las personas mayores son vistas con un gran respeto por quienes las rodean. En Suiza, la vejez no es percibida como la mejor parte de la vida. Por tanto, no le conceden ni el elevado valor ni la dignidad que podría o debería tener. Cuando la independencia absoluta de nuestra existencia al final no significa otra cosa que un acto suicida, entonces es urgente cuestionarnos al respecto. El suicidio asistido no puede, en ningún caso, volverse una simple rutina.²²⁶

La modernidad también ha llevado a una mercantilización de la muerte, llegando al extremo de utilizar el término "turista de la muerte" lo cual implica que una persona paga por un servicio que es ofrecido por una organización en Suiza que ayuda al "cliente" o consumidor a consumir su vida a través de un paquete que incluso cobra por los posibles gastos e impuestos extras después de la muerte de la persona. En este sentido, la modernidad ha convertido "*el miedo a la vida no digna*" con los diferentes matices que esto acompaña en un negocio.

Finalmente, es que basado en la información presentada en el capítulo previo, es imposible negar la posibilidad de que en México se podrían estar gestando las condiciones necesarias para la posible implementación del suicidio asistido en unos años. El caso suizo debe representar un ejemplo de lo que no debería suceder en este

²²⁵ Isobel Leybold-Johnson, *¿Por qué Suiza está rezagada en cuidados paliativos?*, [en línea], Swissinfo, Berna, 11 de julio de 2016, Dirección URL: https://www.swissinfo.ch/spa/el-ocaso-de-la-vida_-por-qu%C3%A9-suiza-est%C3%A1-rezagada-en-cuidados-paliativos/42282294

²²⁶ Larissa M. Bieler, *Debate sobre la muerte: Suiza como ideal del suicidio*, [en línea], Swissinfo, 01 de julio de 2016, Dirección URL: https://www.swissinfo.ch/spa/editorial_debate-sobre-la-muerte-suiza-como-ideal-del-suicidio/42282970

país, se debe contar con la regulación necesaria por parte del Estado, así como la implementación de políticas públicas que gestionen las acciones necesarias para reforzar los vínculos sociales, los cuidados paliativos y la no mercantilización de la muerte, ya que no se puede crear un nicho de mercado en torno a la dignidad de la muerte.

Conclusiones

La implementación de las políticas neoliberales sentó las bases teóricas y prácticas para la generación de un nicho de mercado en torno al suicidio asistido, el cual ha sido plenamente aceptado y demandado por ciertos sectores de la población, que no necesariamente padecen alguna enfermedad terminal y que mantienen un elevado nivel socioeconómico.

El debate sobre la muerte digna ha surgido por el acelerado desarrollo biotecnológico, la colectivización de la atención en salud, el incremento en la pirámide poblacional de las personas mayores, el resurgimiento del debate en torno a los Derechos Humanos y la concepción de vida digna, el consumismo, y el aumento de la probabilidad de padecer enfermedades crónico-degenerativas.

La modernidad, a través del proceso de modernización, aunado a las reglas que el sistema neoliberal implementó, resultaron en la adopción de pautas de comportamiento, valores, actitudes, ideología y forma de vida que responden a la lógica donde la modernidad fue epistemológicamente concebida y representa un modelo a seguir. Remarcaron la necesidad del progreso constante y del bienestar basado en el hiperconsumo y en la mercantilización del sistema, incluyendo al ser humano.

El paso de un capitalismo estadocéntrico a un capitalismo mercadocéntrico, bajo la lógica de la privatización masiva en servicios públicos para el desarrollo tecnológico y la eficiencia para llegar al éxito en el mercado mundial, resultó en la creación de mercados en áreas en donde no existía, como lo es el suicidio asistido. La mercantilización del suicidio asistido, donde la dignidad, la muerte y el sufrimiento son incorporados al mercado y adquieren una nueva vida como mercancías, implica la creación ideológica de que lo único correcto, es lo que es correcto económicamente.

Siguiendo esta lógica, el sistema capitalista en su etapa neoliberal únicamente acentúa la concentración del ingreso y garantiza la solvencia y riqueza económica de los empresarios y accionistas, dejando a su paso: precarización laboral, pérdida de legitimidad del Estado, problemas medioambientales, hegemonía de la ideología del

consumo, entre otras situaciones que de manera directa o indirecta generan malestar social, físico y mental.

La multidisciplinariedad permitió que el enfoque del estudio tomara en cuenta factores como la exclusión social, la vulnerabilidad, la segregación, la salud pública, la contaminación medioambiental, la constitución del sistema económico y la hegemonía ideológica en torno al mismo. Así, resulta más sencillo detectar las áreas de oportunidad que presenta el reto de la muerte digna, en Suiza y en el mundo.

En este sentido, entendemos que, con base en los argumentos presentados, la salud es un problema personal, individual, social y político. La cuestión de la muerte asistida es amplia y multifacética, valorando aspectos históricos, religiosos, socioeconómicos y culturales propios, abriendo espacio para el desarrollo oportuno y favorable de servicios de cuidados paliativos, tales como el derecho a la muerte y a la autonomía del paciente; el carácter de la vida; los principios de la beneficencia y de la no maleficencia; y las cuestiones relativas a la regulación de la práctica propiamente dicha.

Así también, la falta de regulación gubernamental impide una correcta creación de bases de datos en donde se proyecten las cifras relacionadas al suicidio asistido, encontrado problemas con las definiciones, limitaciones o simples lagunas jurídicas. Resulta indispensable entonces, no permitir lagunas jurídicas, diferenciar específicamente las características de cada práctica, así como las de los candidatos que van a solicitarla, los lineamientos deben de ser robustos y claros, para poder cuantificar y reconocer los actos de asistencia.

La transparencia en este sentido debe ser prioritaria, ya que como se mencionó, la falta de regulación ha llevado, en diferentes ocasiones, al sufrimiento de quien lo solicita. Otra área de oportunidad resulta ser la creación de un órgano independiente que se encargue de la verificación de los datos proporcionados por clínicas y empresas.

Asimismo, es importante tomar en cuenta el tema de la prevención de la depresión y en general los trastornos mentales, haciendo accesible a cualquier persona el tratamiento. La falta de acceso a servicios de salud mental es una realidad

a nivel mundial y debe de ser expuesta y tomada en cuenta, ya que, la inversión en el desarrollo de la productividad y en la armoniosa convivencia debe visualizarse como el principal beneficio del mantenimiento de la salud mental en la población.

No es casualidad el incremento en las cifras de personas solicitando el suicidio asistido con padecimientos como demencia, trastornos mentales o simplemente vejez. El ser humano consume hasta consumirse, el estrés constante y la autoexplotación desorbitante generada por el sistema e introyectada por el sujeto, genera cansancio crónico, reflejado en un cansancio físico y emocional, factores que lo llevan a tomar la decisión de preferir la muerte.

Ya que, como se detalló, el perfil que solicita el suicidio asistido o eutanasia cumple con las características ligadas al pensamiento de modernidad occidental, es decir, gente blanca, adinerada, sin pareja, aproximadamente 73 años, y con educación superior. En este sentido, el hecho de que este grupo muera cada vez más de forma autodeterminada, se debe a cierto potencial financiero.

Resulta entonces paradójico que en los países en donde se acepta la eutanasia, el suicidio asistido o ambas, la religión cristiana predomine. Ya que como se indicó en el segundo capítulo, la aceptación legal y gubernamental de la muerte digna, surgió como consecuencia de la constante manifestación de la población a favor de la eutanasia o el suicidio asistido. Aquí, la sociedad civil jugó un papel muy importante y de alto impacto para la toma de decisión de la clase en el poder. Y justo en ese sentido, es necesario comenzar a visualizar y a transformar el individualismo en autonomía y colectivismo en solidaridad.

El sistema ha gestado riesgos sin distinción de clase, sin embargo, el mismo sistema y las ideas en torno al neoliberalismo sí han generado una distinción de élite para las soluciones, es decir, los riesgos económicos, políticos, sociales, culturales, e ideológicos resultan ser horizontales, mientras que las soluciones resultan ser verticales.

La creación de empresas privadas que brindan el servicio de muerte asistida, sin regulación por parte del Estado, por una parte, demuestra la mercantilización de la dignidad, y por la otra el reforzamiento del *status quo* al tener cuotas altas, no

asequibles para cualquier persona que padezca una enfermedad terminal, generando una doble exclusión, económica y social, al visualizarse como una posible carga para la comunidad.

La cultura de descarte ante el envejecimiento, nos revela claramente la exclusión de la persona anciana, especialmente si está enferma, con discapacidad, pero que, además, en el caso específico de Dignitas, cuente con un poder adquisitivo alto.

Dignitas logra adueñarse del discurso del amo para poder brindar sus servicios, además de utilizar el discurso capitalista en donde es una organización que ofrece servicios presentado como un paquete al consumidor para su muerte. En este sentido, la modernidad y la apropiación del discurso del amo por ciertos sectores sociales han convertido el miedo de una persona en un negocio. Es por esta razón que el incremento del 516% entre el 2003 al 2015 de asistencias a la muerte, resulte completamente entendible.

En este sentido, entonces, y bajo la lógica hegemónica de la ideología capitalista, ¿por qué no pagar por una muerte digna sin sufrir alguna enfermedad terminal, si ya no somos útiles para el sistema? La vida se ha transformado en una mercancía y por ende todos los procesos asociados, incluida la muerte, al solicitar y pagar un suicidio asistido sin tener alguna enfermedad terminal, convirtiendo al sujeto en un consumidor/cliente, turista de la muerte.

Aunado a lo anterior, la culturización en torno a este tema es cada vez más perceptible e impactante, en los últimos 10 años, la industria del cine se ha encargado de producir películas que exponen la situación de personas que por accidentes, padecimientos mentales o enfermedades terminales deciden poner fin a su vida de una manera digna, los cuales, por cierto, cumplen con las características del perfil mencionado anteriormente. Igualmente, la industria bibliográfica ha incurrido mucho en el tema, sin embargo, generalmente se encuentran en otros idiomas, como francés o alemán, lo cual, no permite el libre acceso a la información.

En México, no es legal ni la eutanasia, ni el suicidio asistido, pero con la Voluntad Anticipada se abre la posibilidad de ofrecer una muerte digna y con el apogeo

del debate a nivel internacional, resulta casi imposible que no sea un tema de interés social en nuestro país en poco tiempo. Por esto, y bajo el paraguas de análisis presentado, podemos sentar las bases para poder establecer lineamientos y posibilidades económicas para quienes soliciten una muerte digna.

Referencias

Fuentes bibliográficas:

- Águila Tejeda, Alejandro, *Suicidio la última decisión*, México, Editorial Trillas, 2011, pp. 131
- Antonio Jarquín Toledo y Win Dierckenses. “La gran crisis del Siglo XXI: entre amenazas y oportunidades. ¿Estamos ante una próxima Fran Guerra?” en Andrés Piqueras y Wim Dierckenses. *El colapso de la globalización. La humanidad frente a la gran transición*. España, El Viejo Topo, 2001, pp. 256
- Armstrong, Karen, *Islam: A Short Story*. Estados Unidos de América, The Modern Library, 2000, pp. 272
- Ávila y Lugo, José, *Introducción a la economía*, México, Escuela Nacional de Estudios Profesionales Aragón, 2004, 3ª edición, pp. 390.
- Beck, Ulrich, *La sociedad del riesgo, hacia una nueva modernidad*, Paidós, SAICF, Buenos aires Argentina, 1998.
- Berengueras, María Elena, *Suicidio por identificación proyectiva y diversas teorías suicidas*, México, Juan Pablos Editor, Universidad Autónoma del Estado de Morelos, 2009, pp. 360
- Bobbio, Norberto; Matteuci, Nicola; y Pasquino, Gianfranco, *Diccionario de Política*, México, Siglo XXI, Volumen 2, 2005, 14ª edición, pp. 878.
- Byung-Chul Han, *La sociedad del cansancio*, Herder, Segunda Edición Ampliada, agosto 2017.
- Díaz, Miguel Clemente, *Suicidio, una alternativa social*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1996, pp. 189
- Dobb, Maurice, *Teorías del valor y de la distribución desde Adam Smith: ideología y teoría económica*, México, Siglo XXI, 2004, 12ª, pp. 329
- Durkheim, Emile, *El suicidio*, Séptima Edición, Ediciones Coyoacán, México, 2002, pp. 232
- Dussel, Enrique, “Europa, modernidad, eurocentrismo”, en *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales perspectivas latinoamericanas*. Edgardo Lander (comp). Ediciones FACES/UCV. CLACSO. Unidad Regional de Ciencias Sociales y Humanas para América Latina y el Caribe, Buenos Aires, 2000, pp.
- Eisenstadt, Shmuel; *Ensayo sobre el cambio social y la modernización*. Trad. José Elizalde, España, Tecnos, 1970; pp. 340
- Germani, Gino, *Sociología de la modernización*; Buenos Aires, Paidós, 1969, pp. 225
- Giddens, Anthony, *Las consecuencias de la modernidad*, Alianza Universidad, Madrid, 1993, pp. 281.
- Gisela Farias, *Muerte voluntaria: sedación, suicidio asistido, eutanasia: etapa de agonía, dolor, encarnizamiento médico, decisiones ante el final de la vida, jurisprudencia, rechazo, abstención y retiro de tratamiento*, Buenos Aires, Astrea de Alfreo y Ricardo Depalma, 2008, p. 89
- Häberle, Peter, *Teoría de la constitución como ciencia de la cultura*, Madrid, Tecnos, 2000.
- Habermas, Jürgen, “Modernidad versus Posmodernidad”, en *Modernidad y posmodernidad*, Josep Picó (comp.), Alianza, Madrid, pp. 143.
- Kant, Immanuel, *Fundamentación de la metafísica de las costumbres*, México, Porrúa, 1983.
- Kottow, Miguel y SCHRAMM, *Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas*. Cad. Saúde Pública, volumen 17 (4): 949–956, Rio de Janeiro, Brasil, 2001.
- Lander, Edgardo, “Ciencias sociales: saberes coloniales y eurocéntrico”, *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas*, Argentina, CLACSO, 1993, pp. 246
- Lipovestky, Gilles, *La era del vacío: ensayos sobre el individualismo contemporáneo*, Anagrama, Barcelona, 2005.
- López Castellanos, Nayar, *Izquierda y neoliberalismo de México a Brasil*, México, Plaza y Valdes, 2001, pp. 205

- Marcos del Cano, Ana María, *La eutanasia: estudio filosófico-jurídico*, Madrid, Marcial Pons, Ediciones Jurídicas y Sociales, 1999, pp. 68
- Marshall, Berman, *Todo lo sólido se desvanece en el aire: la experiencia de la modernidad*, México, Siglo XXI, 1989, pp.
- Mayte Martínez Camargo, *Suicidio asistido en caso de enfermedades terminales*, Licenciado en Derecho, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 2005, p. 73
- Mignolo, Walter, "La colonialidad: la cara oculta de la modernidad", *Desobediencia epistémica. Retórica de la modernidad, lógica de la colonialidad y gramática de la descolonialidad*, Buenos Aires, Ediciones del Signo, 2010.
- Platts, Mark, Lecuona Laura, *Dilemas Éticos*, Instituto de Investigaciones Filosóficas, Fondo de Cultura Económica, 1º reimpresión, México, 2000.
- Robinson, William I., *América Latina y el Capitalismo Global: una perspectiva crítica de la globalización*, México, Siglo XXI, 2015, pp. 418
- Serrano Ruiz-Calderón, José Miguel. *Eutanasia y vida independiente, inconvenientes jurídicos y consecuencias sociales de la despenalización de la eutanasia*. Editorial Internacionales Universitarias, España, 2001, pp. 373
- Solé, Carlota, *Modernización: un análisis sociológico*, Barcelona, Ediciones Península, pp. 178
- Vazquez, Rodolfo. *Bioética y Derecho. Fundamentos y problemas actuales*. ITAM, Instituto Tecnológico Autónomo de México, Fondo de Cultura Económica, México, 1999, pp. 281
- Vittorio, Frosini, *Derechos Humanos y bioética*, Santa Fé de Bogotá, Colombia, Temis, 1997.
- Zygmunt Bauman, *El consumismo*, en *Criterios: Revista Internacional de Teoría de la literatura, las artes y la cultura*. Núm. 35. Centro Teórico Cultural Criterios, La Habana, Cuba, 2006.
- Zygmunt Bauman, *La cultura en el mundo de la modernidad líquida*, México, Fondo de Cultura Económica, 2013, pp. 101

Fuentes hemerográficas:

- Ceceña, Ana Esther, "Postneoliberalismo o cambio civilizacional" en Theotonio Dos Santos. *América Latina y el Caribe: Escenarios posibles y políticas sociales*. Montevideo, Uruguay. UNESCO y FLACSO, 2011, pp. 322.
- Córdoba Arancibia, Juan (coord.), *Capital, crisis y desigualdad en América Latina*, Colección Estudios Latinoamericanos en la UNAM, Vol. 3, UNAM, México, 2010, pp. 220
- Larraín, Jorge, "Identidad latinoamericana: crítica del discurso esencialista católico", *A contracorriente*. Revista de historia social y literatura de América Latina, Vol. 4, No. 3, 2007, pp. 3.
- Quijano, Anibal, *Colonialidad del poder y clasificación social*, Journal of World-Systems Research, VI, 2, 2000
- Saada, Alya, *Estatuto epistemológico de la Bioética*, Universidad Nacional Autónoma de México- Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética de la UNESCO, México, No. 1, XV, 2005.

Fuentes electrónicas:

- ACNUR, *Tendencias Globales. Desplazamiento forzado en 2015. Forzados a huir*, [en línea], pp. 68, Dirección URL: <http://www.acnur.es/PDF/TendenciasGlobales2015.pdf>.
- Álvarez del Río, Asunción, *Algunos elementos para discutir la eutanasia*, Departamento de Psicología Médica, Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, UNAM, Colegio de Bioética, Rev. Fac. Med. Unam, Vol. 50 No. 1, Enero-Febrero, 2007, [en línea], Dirección URL: <http://colegiodebioetica.org.mx/publicaciones-web/alvarez-002.pdf>

- -----, Un avance, aprobar el derecho a una muerte digna en la CDMX, El Universal, 15 de enero de 2017, [en línea], Dirección URL: <http://www.eluniversal.com.mx/entrada-de-opinion/asuncion-alvarez-del-rio/nacion/politica/2017/01/15/un-avance-aprobar-el-derecho>
- Álvarez Gálvez, Íñigo, *La eutanasia voluntaria autónoma*, Dykinson, 2011, pp. 308, Dirección URL: https://books.google.com.mx/books?id=HpcUvvv_sHUC&dq=tipos+de+eutanasia&lr=&hl=es&source=gbs_navlinks_s
- American Association of Suicidology, *Suicidal Behavior Among Lesbian, Gay, and Bisexual Youth 2016.*, Dirección URL: <http://www.suicidology.org/Portals/14/Re-Formatted%20LGB%20Youth%202016%20Fact%20Sheet.pdf?ver=2016-11-16-105952-633>
- Amnistía Internacional, *¿Qué son los Derechos Humanos?*, [en línea], Dirección URL: <https://www.es.amnesty.org/en-que-estamos/temas/derechos-humanos/>
- Ariane Gigon, Nuevos ritos funerarios en Suiza, [en línea], SwissInfo,, Suiza, 24 de julio de 2012, Dirección URL: https://www.swissinfo.ch/spa/sociedad/credos-religiosos_nuevos-ritos-funerarios-en-suiza/33162688
- Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente, *Las Religiones contra la Eutanasia*, Madrid, 2016, [en línea], p. 7, Dirección URL: <https://www.eutanasia.ws/documentos/Revista/REVISTA73.pdf>, [Consulta: 30 de marzo 2018].
- Béguin, Francois, *La loi Claeys-Leonetti sur la fin de vie définitivement adoptée*, Le Monde, 27 de enero de 2016, [en línea], Dirección URL: http://www.lemonde.fr/societe/article/2016/01/27/fin-de-vie-ce-que-va-changer-la-nouvelle-loi-claeys-leonetti_4854266_3224.html?xtmc=sedation_terminale&xtr=15
- Boix, Leonardo, *Gran Bretaña: el derecho a morir*, Proceso, 17 mayo de 2013, [en línea], Dirección URL: <http://www.proceso.com.mx/342305/gran-bretana-el-derecho-a-morir-3>
- California Department of Public Health, End of Life Option Act 2016 Data Report, [en línea], Dirección URL: <https://www.cdph.ca.gov/Programs/CHSI/CDPH%20Document%20Library/CDPH%20End%20of%20Life%20Option%20Act%20Report.pdf>
- Carlos M. Vilas, *Estado, democracia y populismo en América Latina*, Unidad del Rosario, Colombia, CLACSO, 2008, pp. 148. Dirección URL: https://www.clacso.org.ar/libreria-latinoamericana/buscar_libro_detalle.php?campo=autor&texto=&id_libro=70
- Carpizo, Jorge, *Los derechos humanos: naturaleza, denominación y características*, Cuestiones Constitucionales Revista Mexicana de Derecho Constitucional, [S.l.], jan. 2011. ISSN 2448-4881, [en línea], Dirección URL: <https://revistas.juridicas.unam.mx/index.php/cuestionesconstitucionales/article/view/5965/7906>.
- Cees DM Ruijs, Gerrit van der Wal, et. al., *Unbearable suffering and requests for eutanasia prospectively studied in end-of-life cancer patients in primary care*, [en línea], 23 de diciembre de 2014, Dirección URL: <https://bmcpalliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-684X-13-62>
- CNN, Physician-Assisted Suicide Fast Facts, 10 de junio de 2017, [en línea], Dirección URL: <http://edition.cnn.com/2014/11/26/us/physician-assisted-suicide-fast-facts/index.html>
- Código Penal Suizo, Libro 2: Disposiciones especiales, Título 1: Ofensa contra la vida y la integridad corporal, Artículo 115: Incitación y asistencia al suicidio, [en línea], 1 enero 1942, Dirección URL: <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19370083/index.html#a115>
- Colorado Department of Public Health & Environment, Medical Aid in Dying, [en línea], Dirección URL: <https://www.colorado.gov/pacific/cdphe/medical-aid-dying>
- Comisión Federal de Control y Evaluación de la Eutanasia, *Septième rapport aux Chambres législatives, années 2014-2015*, Dirección URL:

- <http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/organe-d%27avis-et-de-concertation/commission-federale-de-controle-et-devaluation-de-leuthanasie>.
- Conejo Cerón, S. et al. *Opiniones de los profesionales del ámbito sanitario acerca de la definición de trastorno mental grave: un estudio cualitativo*, Anales Sis San Navarra [en línea]. 2014, vol.37, n.2, pp.223-233, Dirección URL: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272014000200005
 - Consejo Federal, *Soins palliatifs, prévention du suicide et assistance organisée au suicide*, Rapport du Conseil Fédéral, [en línea], Berna, junio 2011, Dirección URL: www.bj.admin.ch/dam/data/bj/gesellschaft/gesetzgebung/archiv/sterbehilfe/ber-br-f.pdf
 - Constitución Política de la Ciudad de México 2017, [en línea], Dirección URL: http://infodf.org.mx/documentospdf/constitucion_cdmx/Constitucion_%20Politica_CDMX.pdf
 - Couceiro, Belén, *Permitir el suicidio asistido, pero sin abusos*, SWI Swiss Info, [en línea], 13 de junio de 2007, Dirección URL: <https://www.swissinfo.ch/spa/permitir-el-suicidio-asistido--pero-sin-abusos/5939160>
 - Creagh Peña, Mabel, *Dilema ético de la eutanasia*, Revista Cubana de Salud Pública, vol. 38, no. 1 Ciudad de La Habana, enero-marzo, 2012, Séneca, Epístolas a Lucilio. Madrid, Gredos, 1986, pp. 260 Dirección URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000100014&lang=pt.
 - Cruz Soto, Luis Antonio, *Neoliberalismo y globalización económica. Algunos elementos de análisis para precisar los conceptos*, [en línea], México, Universidad Nacional Autónoma de México, Contaduría y Administración, núm. 205, abril-junio, 2002, Dirección URL: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=39520503>
 - Datos del Departamento Intersindical de Estadísticas y Estudios Socioeconómicos (DIEISE) de Sao Paulo, Dirección URL: <https://www.dieese.org.br/materialinstitucional/quienSomos.html#>.
 - Death with Dignity, Colorado Current Status, [en línea], Dirección URL: <https://www.deathwithdignity.org/states/colorado/>
 - -----, FAQs, How much does the medication cost?, [en línea], Dirección URL: <https://www.deathwithdignity.org/faqs/>
 - -----, Vermont Current Status, [en línea], Dirección URL: <https://www.deathwithdignity.org/states/vermont/>
 - Dees MK, Vernooij-Dassen MJ, Dekkers WJ, et al, *'Unbearable suffering': a qualitative study on the perspectives of patients who request assistance in dying*, [en línea], Journal of Medical Ethics, 2011, 37, 727-734, Dirección URL: <http://jme.bmj.com/content/37/12/727.short>
 - Derecho a Morir Dignamente, Asociación Federal, *Eutanasia y Suicidio Asistido en el Mundo, Canadá*, Dirección URL: https://www.eutanasia.ws/eutanasia_mundo.html
 - Derecho Internacional, Estatuto del Tribunal Militar Internacional de Nuremberg 1945, Dirección URL: <https://www.dipublico.org/102389/estatuto-del-tribunal-militar-internacional-de-nuremberg-1945/>.
 - Díaz Amado Eduardo, *La despenalización de la eutanasia en Colombia: Contexto, bases y críticas*, Revista de Bioética y Derecho, mayo 2017, pp. 125-140, Dirección URL: <http://revistes.ub.edu/index.php/RBD/article/view/19167/21621>
 - Dignitas, *How Dignitas Works. On what philosophical principles are the activities of this organisation based?*, [en línea], Forch, Switzerland, 3ra edición, mayo 2014, Dirección URL: http://www.dignitas.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=23&Itemid=84&lang=en
 - Dying with Dignity Canada, Groundbreaking poll: 8 in 10 Canadians support the right to advance consent for assisted dying, 11 febrero de 2016, [en línea], Dirección URL: <http://www.dyingwithdignity.ca/advance-consent-assisted-dying-poll>

- EJ, Emmanuel, Onwuteaka-Philipsen, et al., Attitudes and practices of euthanasia and physician-assisted suicide in the USA, Canada & Europe, [en línea], US, National Library of Medicine, julio de 2016, Dirección URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27380345>
- Fundación Pro Derecho a Morir Dignamente, *Derechos del Paciente Terminal*, [en línea], Dirección URL: <https://studyres.es/doc/1187186/derechos-del-paciente-terminal>.
- Government of Canada, *2nd Interim Report on Medical Assistance in Dying in Canada*, Octubre 2017, Dirección URL: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/publications/health-system-services/medical-assistance-dying-interim-report-sep-2017.html>
- Guerra, Yolanda, *Ley, jurisprudencia y eutanasia Introducción al estudio de la normatividad comparada a la luz del caso colombiano*. Revista Latinoamericana de Bioética, 13 (2), 2013, pp. 70-85, Dirección URL: <http://www.redalyc.org/pdf/1270/127030498007.pdf> .
- Harvey, David, *A Brief History of Neoliberalism*, [en línea], México, Oxford University Press, 2005, Dirección URL: <http://rebels-library.org/files/d3Thompson-1.pdf>, pp. 256.
- Isabel Ferrer, *Holanda planea permitir la ayuda a morir a mayores con "cansancio vital"*, [en línea], El País, 2016, [Dirección URL]: https://elpais.com/internacional/2016/10/13/actualidad/1476354654_421296.html
- -----, *Las muertes por eutanasia son ya un 4% de los fallecimientos en Holanda*, El País, La Haya, 14 de abril de 2017, [en línea], Dirección URL: https://elpais.com/internacional/2017/04/13/actualidad/1492099046_930195.html
- James Gallagher and Philippa Roxby, *Assisted Dying Bill: MPs reject right to die law*, BBC NEWS, 11 de septiembre de 2015, [en línea], Dirección URL: <http://protestantedigital.com/internacional/37281/Reino Unido rechaza legalizar la eutanasia>
- Jiménez, Antonio, *El Senado francés rechaza la eutanasia*, El País, 26 de enero de 2011, [en línea], Dirección URL: https://elpais.com/internacional/2011/01/26/actualidad/1295996409_850215.html
- Júdez, J., *Suicidio asistido y eutanasia: un debate clásico y trágico, con pronóstico reservado*, [en línea], Anales del Sistema Sanitario de Navarra, 30, 2007, Dirección URL: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1137-66272007000600011&script=sci_arttext&lng=en
- La Curia Romana, Pontificia Academia para la Vida, [en línea], Dirección URL: http://www.vatican.va/roman_curia/pontifical_academies/acclife/index_sp.htm
- Le Conseil fédéral, *Code pénal suisse, du 21 décembre 1937*, [en línea], Dirección URL: <https://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19370083/index.html>
- Le Gouvernement dy Grand-Duché de Luxembourg, *Quatrième rapport de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide (années 2015 et 2016)*, Ministère de la Santé, junio 2017, [en línea], Dirección URL: <http://www.sante.public.lu/fr/publications/r/rapport-loi-euthanasie-2015-2016/index.html>
- Ley del 28 de mayo de 2002 relativa a la Eutanasia, Dirección URL: http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&table_name=loi&cn=2014022803.
- Lucchini, Laura, *El Supremo alemán establece que desconectar del respirador a un enfermo no es delito*, El País, Berlín, 25 de junio de 2010, Dirección URL: https://elpais.com/sociedad/2010/06/25/actualidad/1277416804_850215.html
- Malvido, Adeiana, *En México también queremos eutanasia*, El Universal, 08 de noviembre de 2017, [en línea], Dirección URL: <http://www.eluniversal.com.mx/columna/adriana-malvido/cultura/en-mexico-tambien-queremos-eutanasia>
- Ministère de la Santé, *Euthanasia and assisted suicide, Law of 16 March 2009*, [en línea], Dirección URL: <http://www.sante.public.lu/fr/publications/e/euthanasie-assistance-suicide-questions-reponses-fr-de-pt-en/euthanasie-assistance-suicide-questions-en.pdf>

- Ministerio de Salud y Protección Social del gobierno de Colombia, Resolución 00001216 de 2015, 20 de abril de 2015, Dirección URL: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%201216%20de%202015.pdf
- Neef, Manfred A. Max et al., Desarrollo a Escala Humana. Conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones, [en línea], Santiago de Chile, Madrid, marzo de 2010, Dirección URL: https://www.max-neef.cl/descargas/Max_neef-Desarrollo_a_escala_humana.pdf.
- Nolo, Death with Dignity in Montana, 11 de octubre de 2017, [en línea], Dirección URL: <https://www.nolo.com/legal-encyclopedia/death-with-dignity-montana.html>
- O'Dea, Clare, ¿Qué lugar social para el suicidio asistido?, Swiss Info, [en línea], 09 de julio de 2002, Dirección URL: https://www.swissinfo.ch/spa/muerte-digna_-qu%C3%A9-lugar-social-para-el-suicidio-asistido-/33044088
- Oficina del Alto Comisionado, ¿Qué son los derechos humanos?, Organización de las Naciones Unidas, [en línea], Dirección URL: <http://www.ohchr.org/SP/Issues/Pages/WhatareHumanRights.aspx>, [consulta: 14 de mayo de 2018].
- Oficina Federal de Estadística, Statistique des causes de décès 2014, Suicide assisté et suicide en Suisse, [en línea], 11 de octubre de 2016, Dirección URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/actualites/quoi-de-neuf.assetdetail.3902306.html>
- Oregon Health Authority, Death with Dignity Act Annual Report, 2016, [en línea], Dirección URL: <http://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Pages/ar-index.aspx>
- -----, Death with Dignity Act Requirements, [en línea], Dirección URL: <http://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/requirements.pdf>
- -----, Death with Dignity Act, Death with Dignity Act History, [en línea], Dirección URL: <http://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/history.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas, Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2015, [en línea], Nueva York, 2015, Dirección URL: http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT), Perspectivas sociales y de empleo en el mundo-Tendencias 2017. La OIT estima que el desempleo mundial aumentará en 3.4 millones en 2017, [en línea], Ginebra, 12 de enero 2017, Dirección URL: http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_541144/lang-es/index.htm.
- Organización Mundial de la Salud, *Aumenta cada vez más el abuso y maltrato a los ancianos, advierte la OMS*, [en línea], Centro de Noticias ONU, Nueva York, 15 de junio de 2017, [Dirección URL] <https://www.un.org/development/desa/es/news/social/elder-abuse-awareness.html>
- -----, *Demencia*, [en línea], 12 de diciembre de 2018, Dirección URL: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- -----, *Depresión*, [en línea], 22 de marzo de 2018, Dirección URL: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- -----, *Esquizofrenia*, [en línea], 9 de abril de 2018, Dirección URL: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- -----, *La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%*, [en línea], 13 de abril de 2016, Washington, Estados Unidos,

- Dirección URL: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/es/>
- -----, *Noncommunicable diseases, Key Facts*, 1 de junio de 2018, [en línea], Dirección URL: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
 - -----, *Prevención del suicidio*, agosto de 2012, [en línea], Dirección URL: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/es/
 - -----, *Suicidio*, [en línea], Marzo 2017, Dirección URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>.
 - -----, *Trastornos Mentales, nota descriptiva*, [en línea], abril de 2017, Dirección URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/es/>
 - Página de Naciones Unidas para los Objetivos de Desarrollo del Milenio, *Podemos erradicar la pobreza. Objetivos de desarrollo del milenio y más allá de 2015*, Disponible en: <http://www.un.org/es/millenniumgoals/poverty.shtml>
 - Parreras Reis de Castro, Mariana; Cafure Antunes, Guilherme; et al, *Eutanasia y suicidio asistido en países occidentales: una revisión sistemática*, Revista de Bioética, 2016, [en línea], Dirección URL: http://www.scielo.br/pdf/bioet/v24n2/es_1983-8034-bioet-24-2-0355.pdf
 - Pauchard, Olivier, *Rechazan moción en torno a suicidio asistido*, SWI Swiss Info, [en línea], 05 de junio de 2008, Dirección URL: <https://www.swissinfo.ch/spa/politica/rechazan-moci%C3%B3n-en-torno-a-suicidio-asistido/6707474>
 - Philippe Bataille, *La loi Claeys-Leonetti fait reculer les valeurs de la République*, Le Monde, 25 de enero de 2016, [en línea], Dirección URL: http://www.lemonde.fr/idees/article/2016/01/25/la-loi-claeys-leonetti-fait-reculer-les-valeurs-de-la-republique_4853225_3232.html
 - Proyecto de Ley C-14, Primera sesión, 42º Periodo legislativo, Dirección URL: https://www.eutanasia.ws/documentos/Politica/internacional/16%20Ley%20Canad%C3%A1%20C-14_3%20esp.pdf
 - s/a, *Aprueban regular el suicidio asistido en Suiza*, Excelsior, Ginebra, 18 de junio de 2012, [en línea], Dirección URL: <http://www.excelsior.com.mx/2012/06/18/global/841862>
 - s/a, *Assisted suicides increase in Switzerland*, Swiss Info, 11 de octubre de 2016, [en línea], Dirección URL: https://www.swissinfo.ch/eng/society/latest-statistics_assisted-suicides-increase-in-switzerland/42508452
 - s/a, *Aumentan los suicidios asistidos en Suiza*, SWI Swiss Info, [en línea], 11 de octubre de 2016, Dirección URL: https://www.swissinfo.ch/spa/m%C3%A1s-recientes-estad%C3%ADsticas_aumentan-los-suicidios-asistidos-en-suiza/42511246
 - S/A, *Bundestag votes against commercial assisted suicides*, Deutsche Welle, 06 de noviembre de 2015, Dirección URL: <http://www.dw.com/en/bundestag-votes-against-commercial-assisted-suicides/a-18831510>
 - s/a, *Dignitas founder is millionaire*, [en línea], The telegraph, 24 de junio de 2010, Dirección URL: <https://www.telegraph.co.uk/news/worldnews/europe/switzerland/7851615/Dignitas-founder-is-millionaire.html>
 - S/a, *El ministro de Finanzas japonés pide a los ancianos que se den prisa en morir*, [en línea], El Mundo, 22 de enero de 2013, [Dirección URL] <http://www.elmundo.es/elmundo/2013/01/22/internacional/1358870209.html>
 - S/A, *En Alemania permitieron eutanasia pasiva*, RT noticias, 26 junio 2010, Dirección URL: <https://actualidad.rt.com/ciencias/view/13397-En-Alemania-permitieron-eutanasia-pasiva>
 - s/a, *En Holanda se practicaron 5,516 eutanasias en 2015, 56 a pacientes con trastornos psiquiátricos*, Periódico El Mundo, 14 de mayo de 2016, [En línea] Dirección URL: <http://www.elmundo.es/sociedad/2016/05/14/57375dcfe2704efb1a8b461e.html>

- s/a, Euthanasia & Physician-Assisted Suicide (PAS) around the World, Legal Status in 28 Countries from Australia to Uruguay, Luxembourg, 20 de julio de 2016 [en línea], Dirección URL: <https://euthanasia.procon.org/view.resource.php?resourceID=000136#Luxembourg>
- s/a, *Zúrich mantendrá el "turismo de la muerte"*, SWI Swiss Info,[en línea], 16 de mayo de 2011, Dirección URL: <https://www.swissinfo.ch/spa/z%C3%BArich-mantendr%C3%A1-el-turismo-de-la-muerte-/30240800>
- Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe, *Declaración iura et bona sobre la Eutanasia*, Roma, desde la Sede de la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe, 5 de mayo de 1980, [en línea], Dirección URL: [http://www.vatican.va/system/sling/cqform/defaultlogin.html?resource=%2Ffroman_curia%2Fcongregations%2Ffaith%2Fdocuments%2Frc_con_cfaith_do&\\$\\$login\\$\\$=%24%24login%24%24](http://www.vatican.va/system/sling/cqform/defaultlogin.html?resource=%2Ffroman_curia%2Fcongregations%2Ffaith%2Fdocuments%2Frc_con_cfaith_do&$$login$$=%24%24login%24%24)
- Sandro Pozzi, "10 empresas más grandes que 180 países", [En línea], España, economía.elpais.com, 30 de septiembre de 2016, Dirección URL: https://economia.elpais.com/economia/2016/09/29/actualidad/1475150102_454818.html.
- Scott Y. H. Kim., Raymond de Vries, *Euthanasia and Assisted Suicide of Patients with Psychiatric Disorders in the Netherlands 2011-2014*, [en línea], US National Library of Medicine, National Institutes of Health, abril 2016, Dirección URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5530592/>.
- Secretaría de Salud de la Ciudad de México, *Baja el costo del documento de voluntad anticipada en la Ciudad de México*, [en línea], Dirección URL: <http://www.salud.cdmx.gob.mx/comunicacion/nota/baja-el-coste-del-documento-de-voluntad-anticipada-en-la-cdmx>
- -----, *Voluntad anticipada*, [en línea], Dirección URL: <http://www.salud.cdmx.gob.mx/actividades/voluntad-anticipada>
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos, *Guía de Cuidados Paliativos*, [en línea], Dirección URL: https://www.secpal.com/biblioteca_guia-cuidados-paliativos_2-definicion-de-enfermedad-terminal
- Steck N., Junker C., Zwahlen M., *et al*, *Increase in assisted suicide in Switzerland: did the socioeconomic predictors change?*, [en línea], Results from the Swiss National Cohort, BMJ Open, 2016, Dirección URL: <https://bmjopen.bmj.com/content/8/4/e020992>
- Steve Schaefer, *Forbes México*, *Las empresas más grandes del mundo en 2016*, [en línea], México, 25 de mayo de 2016, Dirección URL: <https://www.forbes.com.mx/las-empresas-mas-grandes-del-mundo-2016/>.
- Suicide Act 1961, 1961 Chapter 60 9 and 10 Eliz 2, [en línea], Dirección URL: <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/Eliz2/9-10/60>
- Swiss Federal Statistical Office, *Suicide and assisted suicide in Switzerland 2014*, [en línea], Dirección URL: <https://www.bfs.admin.ch/bfs/en/home/news/whats-new.assetdetail.1023146.html>
- Tal Bergman, LevyAzar Shlomi, Huberfeld Ronen, Siegel Andrew M, Strous Rael, *Attitudes towards euthanasia and assisted suicide: a comparison between psychiatrists and other physicians*, Bioethics, Abril 2012, Dirección URL: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-8519.2012.01968.x/abstract>
- Toussain, Eric, *Ideología y política neoliberales: perspectiva histórica*, *La bolsa o la vida. Las finanzas contra los pueblos*, [en línea], Buenos Aires, CLACSO, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, 2004, Dirección URL: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/clacso/se/20100609081631/17cap13.pdf>.

- Trachtenberg, Aaron J., *Cost analysis of medical assistance in dying in Canada*, US National Library of Medicine National Institutes of Health, 23 de enero de 2017, [en línea], Dirección URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5250515/>
- UNESCO, *Manual de Bioética para Periodistas*, [en línea], Montevideo, 2015, [Dirección URL] <http://unesdoc.unesco.org/images/0024/002431/243107S.pdf>
- UNESCO, *Revista Redbioética*, Red Latinoamericana y del Caribe de Bioética/ UNESCO, Año 7, Vol. 1, No. 13, enero-junio de 2016, [en línea], Dirección URL: <http://www.unesco.org/new/fileadmin/MULTIMEDIA/FIELD/Montevideo/pdf/RevistaBioetica13.pdf>
- Vaticano, *Discurso del Santo Padre Francisco a los participantes en la Asamblea General de los Miembros de la Pontificia Academia para la vida*, Aula del Sínodo, 5 de octubre de 2017, [en línea], Dirección URL: https://w2.vatican.va/content/francesco/es/speeches/2017/october/documents/papa-francesco_20171005_assemblea-pav.html
- Washington State Department of Health, *Death with Dignity Act*, [en línea], Dirección URL: <https://www.doh.wa.gov/YouandYourFamily/IllnessandDisease/DeathwithDignityAct>
- Williams, Alexandra, *300 urns with human ashes dumped in Lake Zurich near Dignitas clinic*, [en línea], The Telegraph, Geneva, Suiza, 27 de abril de 2010, Dirección URL: <https://www.telegraph.co.uk/news/worldnews/europe/switzerland/7641989/300-urns-with-human-ashes-dumped-in-Lake-Zurich-near-Dignitas-clinic.html>
- Wilson KG, Scott JF, Graham ID, et al. *Attitudes of Terminally Ill Patients Toward Euthanasia and Physician-Assisted Suicide*, [en línea], Arch Intern Med. 2000, 2454–2460, Dirección URL: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/485433>

Ponencias:

- Asunción Álvarez del Río, “Muerte, parte de la vida”, ponencia presentada en el Encuentro 2016, Libertad por el Saber, Pensar la Muerte, México, Colegio Nacional, domingo 16 de octubre, 2016.