



**FACULTAD DE DERECHO
DE LA
BARRA NACIONAL DE ABOGADOS**

ESTUDIOS CON RECONOCIMIENTO DE VALIDEZ
OFICIAL DE LA S.E.P POR ACUERDO 2004418

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
EN MATERIA DE BIOÉTICA Y DERECHOS HUMANOS**

*“DERECHO A UNA MUERTE DIGNA: LA NECESIDAD DE
REGULACIÓN DE LA EUTANASIA Y EL SUICIDIO ASISTIDO
EN MÉXICO”*

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN DERECHO

P R E S E N T A

IVONNE MARTÍNEZ FERNÁNDEZ

**ASESORES: MTRA. CYNTHIA CUENCA GONZÁLEZ
ZÚÑIGA**

**MTRO. SERGIO ALBERTO SALGADO
ROMÁN**

CIUDAD DE MÉXICO, FEBRERO DE 2017.

ÍNDICE

	Pág.	
INTRODUCCIÓN	1	
 CAPÍTULO I. LA EUTANASIA Y EL SUICIDIO A TRAVÉS DE LA HISTORIA		
1.1	Pueblos primitivos	5
1.2	Grecia y Roma	7
1.3	El Cristianismo y sus repercusiones	9
1.4	El Renacimiento	10
1.5	“Eutanasia” Forzada en la Alemania Nazi y el Proyecto T-4	13
1.6	Casos históricos a destacar	16
1.6.1	Karen Ann Quilan	16
1.6.2	Janet Adkins y el “Dr. Muerte”	18
1.6.3	Jeffrey Spektor. Gran Bretaña y el debate sobre la eutanasia	21
 CAPÍTULO II. LA EUTANASIA DESDE DIVERSOS PUNTOS DE VISTA		
2.1	Definición legal y médica de muerte	23
2.2	Muerte digna	24
2.3	Eutanasia, acepciones y conceptos relacionados	26
2.3.1	Eutanasia activa y pasiva	28
2.3.2	Eutanasia voluntaria, no voluntaria e involuntaria	29
2.3.3	Suicidio médicamente asistido	30

2.3.4	Incapacidad de consentimiento y ausencia de voluntad/directrices anticipadas	33
2.4	Voluntad Anticipada/Directivas Anticipadas	33
2.4.1	Diferencia entre Voluntades Anticipadas y Eutanasia	36
2.5	Eutanasia y religión ¿Incompatibilidad?	37

CAPÍTULO III. DERECHO A UNA MUERTE DIGNA: LA NECESIDAD DE LA REGULACIÓN DE LA EUTANASIA Y EL SUICIDIO ASISTIDO EN MÉXICO

3.1	La eutanasia en la Legislación Mexicana	42
3.2	La eutanasia y el SMA en diferentes países y sus normativas	44
3.3	La Ley de Voluntad Anticipada como primer paso hacia una legalización de la eutanasia en el país	54
3.4	Conceptos que se deben tener en cuenta para otorgar el Documento de Voluntad Anticipada	63
3.5	Eutanasia: Tendencias predominantes en estudios de opinión	68
3.5.1	Encuesta General Social 2008	71
3.5.2	Estudios de opinión en Puebla, Tehuiztzingo y Ciudad de México, realizada por DMD México A.C.	72
3.5.3	Informe del Estudio de Opinión de los médicos sobre el derecho a morir con dignidad, realizada por DMD México A.C.	75
3.5.4	Primer Encuesta Nacional Sobre Muerte Digna 2016 realizada por DMD México	76

CAPÍTULO IV. CONSTITUCIÓN PARA LA CIUDAD DE MÉXICO Y EL DERECHO A MORIR CON DIGNIDAD

4.1	Asamblea Constituyente para la creación de la Constitución de la Ciudad de México y propuesta por DMD México sobre la autonomía del paciente	81
4.2	La Constitución de la Ciudad de México, el Artículo 11 Apartado A y la Muerte Digna	100
	CONCLUSIONES	102
	PROPUESTA DE LA INVESTIGACIÓN	106
	MESOGRAFÍA	109

LA MUERTE CON DIGNIDAD COMO DERECHO HUMANO Y SU REGULACIÓN EN MÉXICO

INTRODUCCIÓN

“Escribo: “Tengo muchas ganas de vivir pero mi cuerpo no quiere; no me escucha. Lo muevo, no se mueve; lo toco, no se percata; le hablo, no se inmuta; le imploro, no responde. Me ha abandonado. Cómo quisiera caminar por donde antaño...”

Deseo acercarme a mi muerte. Eutanasia proviene del griego. Significa buena muerte. Significa decir adiós motu proprio. La indignidad no debe aplastarme. Decir adiós antes de que mi ser carezca de cuerpo. Adiós antes de mañana.”

Arnoldo Kraus

Hoy en día, en nuestro país, existe una opción para aquellos enfermos terminales, enfermos con padecimientos crónicos o personas que no desean recibir cuidados extraordinarios o medidas desesperadas y encarnizadas cuyo fin es mantenerlos con vida cuando ya no hay acción médica o humanamente posible que pueda resultar en una restauración de la salud y el pleno estado físico. Sin embargo, dicha ley, la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal no representa una opción acorde a las necesidades de todas las personas en situación de padecimientos incurables. La elección sobre cómo morir que provee esta Ley no tiene los alcances necesarios para otorgar y garantizar el derecho a una muerte con dignidad a la población que se encuentra en ciertas hipótesis: el de una persona que no posee un documento de Voluntad Anticipada, una persona que desea no únicamente suspender o no iniciar un tratamiento puesto que la enfermedad no tiene cura posible, sino evitar totalmente padecerla y tener a su disposición la opción de terminar con su vida mediante la intervención médica.

La Ley de Voluntad Anticipada no es insuficiente únicamente por la falta de promoción que se le ha dado para que la población la conozca y haga uso de ella, sino también por la falta de recursos que el gobierno destina a cumplir con lo que dichas normas establecen o por las lagunas que presenta, como el no contemplar la regulación de los Documentos de Voluntad Anticipada en un Registro Nacional, impidiendo que bajo ciertas circunstancias, se pueda saber si una persona posee tal documento y cuáles eran sus deseos en el caso de hallarse en estado de no

poder expresar a qué clase de tratamiento quería o no ser sometido y hasta dónde limitar el esfuerzo terapéutico.

Es insuficiente porque, como se explicará más adelante, las Directrices Anticipadas son una de las opciones que conforman el conjunto de elementos del derecho a una muerte digna. Es decir, efectivamente esta Ley, junto con los cuidados paliativos contemplados en la Ley General de Salud, la eutanasia y el suicidio asistido, forma parte de dicha prerrogativa, pero no por ello existe en el país el derecho humano a la muerte con dignidad, pues los derechos humanos no se fraccionan; como señala la Carta Magna en su artículo primero, uno de los principios de los Derechos Humanos es la indivisibilidad. No podemos hablar de un derecho a la muerte con dignidad en México si no se regulan todos los elementos que lo conforman.

Por lo anterior, es necesario ahondar en el tema de esta tesis, estudiarlo, analizarlo, profundizar en él y, más importante aún, remover la etiqueta de tabú que existe al mencionar el término *eutanasia*, revalorar los conceptos que cultural y socialmente tenemos acerca de la vida y la muerte, del sufrimiento y la agonía, de la pérdida y el desprendimiento, de lo irreversible, lo inevitable e inminente: la muerte.

Si bien, nadie puede conocer la fecha exacta del evento que finalice la vida, es absolutamente posible elegir de qué forma hacerlo. No está en nuestras manos escoger las condiciones de nuestro nacimiento, claramente podemos modificar las circunstancias en las que se desarrolla nuestra vida hasta cierto punto, pero es totalmente plausible la elección de una muerte sin sufrimiento innecesario, que evite el dolor que un padecimiento clínico irremediable provoca no solamente al paciente sino también a su familia; el desgaste físico, psicológico y económico que representan los cuidados de una persona sin posibilidad de mejora y que cuyo deseo de continuar bajo medidas que prolonguen su agonía es nulo.

El debate acerca de la muerte con dignidad, en particular de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido, tiene por finalidad abrir un espacio de opinión, de reflexión en la población mexicana, de creación de consciencia sobre un tópico que necesariamente llegará a la vida de todo ser humano; así como de regular este medio para las personas que lo elijan para sí mismos o para un familiar que se encuentre en imposibilidad de solicitarlo.

Es necesario obtener de las Instituciones Públicas y del Estado Mexicano la garantía de que proporcionarán los medios adecuados para morir de la forma más digna a la que se pueda acceder y con el menor sufrimiento posible.

La regulación de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido no convierte a los enfermos terminales o pacientes incurables en objetos que carecen de valor, que no aportan una utilidad a la sociedad o que han dejado de tener importancia y de los que por tanto, se puede prescindir, sino todo lo contrario, es una cuestión sobre priorizar la dignidad humana y la libre autonomía del paciente.

Con la presente investigación se busca dar luz a los argumentos que se tienen a favor de la muerte con dignidad. Si bien el tema es delicado, susceptible a crear fuertes choques de opinión y por tanto, difícil de discutir, debe tenerse en cuenta que la sociedad actual y sus condiciones exigen una regulación más amplia de las opciones que se tienen al final de la vida, aunque debe hacerse mención, tampoco es un aspecto nuevo en la vida del hombre, que desde épocas remotas se ha planteado cómo enfrentar la muerte y sus consecuencias.

A través del tiempo, la medicina ha evolucionado logrando avances increíbles que hace algún tiempo se hubieran pensado imposibles: erradicando enfermedades, hallando cura para males antes mortales, prolongando la esperanza de vida del ser humano, entre otros. Sin embargo, debido a este avance; al cambio de paradigmas producto de la evolución médica, se ha desarrollado un obstinamiento terapéutico, un afán de aferrarse a la vida del paciente, pasando por alto muchas veces las dolorosas e insufribles condiciones por las que está atravesando. La vida con calidad; la que vale la pena conservar; la vida en plenitud de la palabra y significado, se olvida, y se convierte en una lucha por mantener las funciones cerebrales y cardio pulmonares de un cuerpo en marcha hacia su fin. Una lucha que no tiene sentido, en la que el paciente no puede elegir sobre su propia vida, donde su opinión no importa, donde sus elecciones y su cuerpo dejan de pertenecerle, pero los padecimientos y el dolor siguen siendo suyos.

La necesidad de legislar sobre el tema debido al impacto el tema de la muerte con dignidad ha causado en sociedad es el motivo de la presente investigación, que tiene por firme propuesta la regulación de la eutanasia y el suicidio médicamente asistido en el sector de salud público y privado, pues es menester reflexionar sobre las decisiones médicas y legislativas que impiden al paciente hacer valer su derecho a morir con dignidad y que se respete la autonomía de su decisión, como cualquier derecho humano.

CAPÍTULO I

LA EUTANASIA Y EL SUICIDIO A TRAVÉS DE LA HISTORIA

El hombre no se destruye por sufrir

El hombre se destruye por sufrir sin ningún motivo.

Viktor E. Frankl

1.1 Los pueblos primitivos

Para un entendimiento mayor acerca del concepto de eutanasia actual, es necesario el análisis de los dilemas que han enfrentado las sociedades ante el inminente fin de la vida de un individuo. La práctica de la eutanasia se ha caracterizado por estar presente desde tiempos remotos, por ejemplo en los pueblos antiguos.

Al respecto, Miguel Ángel Núñez Paz, menciona que estos pueblos distinguen claramente dos tipos de dolor:

“- dolor superficial. (referido a heridas, quemaduras, lesiones y otros traumatismos susceptibles de curación...). Es un aspecto del dolor y en el que el enfermo puede ser tratado y mejorado.

Y al:

- dolor profundo (referido a aquel que carece de solución): es el producido por los malos espíritus que han conseguido traspasar la barrera corpórea del individuo. Esto supera la barrera de lo que el hombre pudiera hacer por mejorarlo¹(...).

Como consecuencia del dolor profundo, los casos de eutanasia comienzan a practicarse rutinariamente. Núñez Paz menciona también la superioridad jerárquica que tenía la colectividad frente al individuo; de ello que fuera común la eliminación de niños nacidos con malformaciones, ancianos y enfermos con afecciones de salud graves y carentes de solución, pues, dadas las difíciles circunstancias de la vida arcaica, donde la sobrevivencia de la comunidad era prioridad, el hecho de la permanencia en el grupo era una cuestión de utilidad, del beneficio que cada individuo pudiera aportar a la comunidad; sin eso, la estadía social se convertía en un riesgo para el conjunto².

¹ Núñez Paz, Miguel Ángel. *La Buena Muerte*. Editorial Tecnos, Madrid, España. 2006, p. 32-33.

² Idem, p. 34-36.

El enfermo crónico o el anciano poco o nada podían hacer en un ambiente hostil, por ello, su erradicación del clan ahorraba recursos y disminuía la vulnerabilidad del mismo.

De esta manera, los bosquimanos abandonaban a los ancianos para ser devorados por fieras, a petición de estos últimos la mayor parte de las veces; en Birmania, ante una enfermedad incurable y dolorosa se solicitaba el ahorcamiento y la petición era autorizada en el mismo momento; los esquimales abandonaban a los ancianos, enfermos incurables o hijos primogénitos recién nacidos del sexo femenino para que murieran dentro de iglúes sellados de forma hermética; los celtas daban muerte a ancianos con salud precaria y existen indicios que señalan que entre los pueblos eslavos y escandinavos se procuraba acelerar la muerte de los ancianos que hubieran llegado a una edad considerada de vejez extrema.

Lo que en la actualidad parecen métodos era la forma que las antiguas civilizaciones implementaron con el fin de hacer frente a una situación de tipo utilitaria y de sobrevivencia, más que dar muerte a un miembro del clan o la tribu por razones humanitarias o de dignidad al final de la vida, se ponderaba el beneficio o perjuicio que la vida en cuestión representaba para el clan.

1.2 Grecia y Roma

En Grecia, pensadores como Sócrates y Platón, eran defensores de diversas formas de eutanasia en base a la protección de la idea clásica de “belleza”, así también los estoicos. Dicha belleza abarcaba el plano físico y el espiritual, todo esto sumado a la defensa de un concepto de Estado sostenido por individuos sanos y fuertes, física y mentalmente.

Según Platón (427 a. C. – 347 a. C.), para dar hijos fuertes y útiles al Estado tiene que realizarse una selección de entre los hombres, como menciona en su República:

“Así pues, tú establecerás en el Estado una disciplina y una jurisprudencia, como las entendemos nosotros, que se limiten a impartir sus cuidados a aquellos ciudadanos que tengan bien constituidos el cuerpo y el alma. Y en cuanto a aquellos que no tengan el cuerpo sano, se les dejará morir, y a los que tengan el alma incorregible y perversa, se les dará la muerte e incorregible”.³

El suicidio como un medio eutanásico era también una práctica común, los estoicos lo adoptaron cuando la vida les era insoportable a causa de

³ Platón. *La República o el Estado* [en línea], Editorial Garnier Hermanos, Paris, [citado 10/06/2016]. Formato PDF. Disponible en internet: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/4/1564/4.pdf>, p. 187.

padecimientos dolorosos, enfermedades o anormalidades físicas. Zeno y Cleantes, filósofos estoicos se quitaron la vida mediante el ahorcamiento y la inanición respectivamente a causa de males que los aquejaban. Si bien es cierto que otros grupos filosóficos contemporáneos condenaban esta práctica, como los pitagóricos, aristotélicos y epicúreos.⁴

Pudiera deducirse de acuerdo al juramento de Hipócrates, que se desarrolla una idea evidentemente contraria a la participación de los médicos en supuestos eutanásicos, pues enuncia: *“Llevaré adelante este régimen, el cual, de acuerdo con mi poder y discernimiento será en beneficio de los enfermos y les apartará del prejuicio y el terror. A nadie daré una droga mortal aún cuando me sea solicitada, ni daré consejos con este fin. De la misma manera, no daré a ninguna mujer supositorios destructores; mantendré mi vida y arte alejado de la culpa”*.⁵

Desde los mencionados planteamientos del filósofo, los médicos seguidores de esta línea de pensamiento muestran una actitud de enorme respeto a la vida del semejante y de solidaridad ante el sufrimiento, utilizando todos los medios a su alcance para combatirlo; así entonces, adquieren profesionalmente la postura de actuar en auxilio de la naturaleza, de encausarla de nuevo hacia el estado de la salud y cuando la naturaleza trae consigo la enfermedad, es deber del médico restaurar las cosas a su estado original. Ello representa la difícil entrada al ámbito médico de una idea como el propiciar la muerte a un enfermo crónico o moribundo, pues, a ciertas reflexiones sobre el tema, pudiera parecer que la aplicación de medios eutanásicos es contraria al propósito médico, pero también es muestra clara del indicio de que la eutanasia activa se practicaba y por ello, Hipócrates lo condenaba, aunque así lo solicitase el paciente.

La filosofía romana conserva en cierto grado, las pautas marcadas por la griega; se condenaba el suicidio irracional, pero se consideraba digno a aquél que terminara con su vida por motivos de salud: prevalecía la dignidad, la idea de morir con honor.

Aparentemente, el primer registro del uso del concepto “eutanasia” se atribuye al historiador romano Suetonio (a.C. 69- 125 d.C.), quien en su obra *La vida de los Doce Césares* narra cómo César Augusto pidió una *muerte dulce* y expresaba los mismos deseos para su familia: una *euthanasia*.⁶

⁴ Humphry, Derek y Wicket, Ann. *El derecho a morir: comprendiendo la eutanasia*. Editorial Tusquets, primera edición, febrero 2005. Madrid, España, p. 22.

⁵ Hipócrates, citado por Jaramillo Antillón, Juan. *Historia y filosofía de la medicina*, Universidad de Costa Rica, San José, 2004, p. 34.

⁶ Álvarez del Río, Asunción. *Práctica y ética de la eutanasia*. Fondo de Cultura Económica México, primera edición, 2005. México, p. 24.

Para los romanos la calidad de vida era más importante que la vida por sí misma, un ejemplo de ello se muestra en la Ley de las Doce Tablas (Ley IV), dentro de la cual, se autorizaba al padre de un recién nacido que naciera con deformidades o algún tipo de enfermedad grave a causarle muerte; si bien la Ley le otorgaba facultades, no así lo obligaba.

1.3 El Cristianismo y sus repercusiones

La llegada del cristianismo fue parteaguas en el repudio y condena de la que fue objeto el suicidio, la Iglesia modificó su legislación interna, con ello y la expansión del cristianismo se modificó también la ley civil: las propiedades o bienes de quien atentara fatalmente contra su propia vida eran confiscadas por el Estado y su cuerpo era empalado para ser abandonado en vía pública⁷, el castigo al suicidio no contemplaba circunstancias del mismo, se rechazaba la idea del suicidio aún tras una larga agonía a causa de padecimientos físicos.

En esta época, era inimaginable recibir ayuda paliativa de cualquier tipo, la vida del hombre era perteneciente a Dios, que de acuerdo con la Biblia creó al ser humano: “*Y creó Dios al hombre a su imagen, a imagen de Dios lo creó; varón y hembra los creó.*” (Génesis 1:26), “*El espíritu de Dios me hizo, y el soplo del Omnipotente me dio vida.*” (Job 33:4); por lo tanto era únicamente Él, quien como soberano dador de existencia, estaba facultado para terminar con ella: “*Tú has determinado la duración de nuestra vida. Tú sabes cuántos meses viviremos, y no se nos concederá ni un minuto más.*” (Job 14:5).

La desgracia física y el sufrimiento de cualquier tipo, son bíblicamente parte del plan de Dios, tanto así, que el libro sagrado del cristianismo dedica un libro entero a tratar el tema: el Libro de Job, donde se relata cómo Dios otorga permiso a Satán para herir al hombre, con el fin de mostrarle la probidad de éste hombre ante cualquier situación, así, Satán mató su ganado, a sus 10 hijas, quemó su casa, pero Job reaccionó diciendo: “*Desnudo salí del vientre de mi madre, y desnudo tornaré allá. Dios lo dio, Dios lo ha quitado. ¡Bendito sea el nombre de Dios!*” (Job 1:21), lo cual muestra que el cristianismo optaba por aceptar los padecimientos como obra divina: “*Dichosos los que sufren, porque serán consolados*” (Mateo 5:4); pues de cualquier forma en que se presente el sufrimiento es una prueba y la promesa es que al final de la vida terrenal se recompensaría al doliente: “*De hecho, considero que en nada se comparan los sufrimientos actuales con la gloria que habrá de revelarse en nosotros*”. (Romanos 8:18).

⁷ Humphry Derek y Wickett Ann, Op. Cit, p. 23.

El suicidio era entonces, un pecado mortal para la cristiandad, como lo expresaba Santo Tomás de Aquino en su Suma de Teología, II-II (a), Cuestión 64: *¿Es lícito a alguien suicidarse? "... la vida es un don divino dado al hombre y sujeto a su divina potestad, que da la muerte y la vida. y, por tanto, el que se priva a sí mismo de la vida peca contra Dios..."* así como *"... no es lícito al hombre darse muerte para pasar a otra vida más dichosa. Tampoco lo es el que rehúya ciertas miserias de la vida presente, puesto que la muerte es el último de los males de esta vida y el más terrible."*⁸

El cristianismo, por lo tanto, asentó las bases hacia una sacralización desmedida de la vida humana, sin considerar otro aspecto que no fuera la imposición del respeto a su doctrina, eliminando la posibilidad de recurrir a la eutanasia sin sufrir por ello graves consecuencias sociales.

1.4 El Renacimiento

El Renacimiento, movimiento cultural comprendido entre los siglos XV a XVI, establece un antes y un después en todos los aspectos de la vida conocida hasta entonces, pues con él, surge un radical cambio de los paradigmas impuestos hasta esa fecha.

Tomás Moro y Francis Bacon, dos grandes filósofos del Renacimiento, establecen opiniones respecto al tema que nos concierne:

Moro escribe en Utopía:

"Ya dije que se esmeran en la atención a los enfermos. No escatiman nada que pueda contribuir a su curación, trátense de medicinas o de alimentos. Consuelan a los enfermos incurables, visitándolos con frecuencia, charlando con ellos, prestándoles, en fin, toda clase de cuidados. Pero cuando a estos males incurables se añaden sufrimientos atroces, entonces los magistrados y los sacerdotes se presentan al paciente para exhortarle. Tratan de hacerle ver que está ya privado de los bienes y funciones vitales; que está sobreviviendo a su propia muerte; que es una carga para sí mismo y para los demás. Es inútil, por tanto, obstinarse en dejarse devorar por más tiempo por el mal y la infección que le corroen. Y puesto que la vida es un puro tormento, no debe dudar en aceptar la muerte. Armado de esperanza, debe abandonar esta vida cruel como se huye de una prisión o del suplicio. Que no dude, en fin, liberarse a sí mismo, o permitir que

⁸ De Aquino, Santo Tomás, *Suma de Teología II-II* [en línea], Editorial Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid, 1990, [citado 14/06/2016]. Formato PDF. Disponible en internet: <http://biblioteca.campusdominicano.org/3.pdf>, p. 553.

le liberen otros. Será una muestra de sabiduría seguir estos consejos, ya que la muerte no le apartará de las dulzuras de la vida, sino del suplicio. Siguiendo los consejos de los sacerdotes, como intérpretes de la divinidad, incluso realizan una obra piadosa y santa. Los que se dejan convencer ponen fin a sus días, dejando de comer. O se les da un soporífero, muriendo sin darse cuenta de ello. Pero no eliminan a nadie contra su voluntad, ni por ello le privan de los cuidados que le venían dispensando. Este tipo de eutanasia se considera como una muerte honorable.”⁹

Tomás Moro dice que, por una parte, se debería ofrecer a los moribundos todo tipo de cuidados al mismo tiempo que se les transmite un fuerte sentimiento de solidaridad, sin embargo, considera que en casos de dolores extremos puede ser recomendable poner término a su vida. Es decir, si el enfermo está de acuerdo, se le puede suministrar un veneno o dejar de proporcionarle alimentos para que sobrevenga la muerte.

Asimismo se enfatiza la libre elección de la muerte por parte del enfermo. Pero se requiere también el permiso de las autoridades y de los sacerdotes para evitar abusos, esto, en su obra “*Utopía*”, nombrada originalmente en latín “*Libellus. De optimo reipublicae statu, deque nova insula Vtopiae*”, traducida al español como “*Libro Del estado ideal de una república en la nueva isla de Utopía*” (1516), donde se tratan temas como la economía, la filosofía y la política de Inglaterra durante la época de Moro; así como la descripción de una comunidad pacífica, donde reina la armonía social y el bienestar ciudadano. Esta armonía y bienestar son inclusivos con la eutanasia.

En el siglo XVII, por su parte, Sir Francis Bacon postula la ayuda al morir pero exhorta a los médicos a investigar métodos que disminuyan los sufrimientos del moribundo en sus últimos momentos. Considera una parte del objetivo médico el acelerar y facilitar la partida del moribundo sin posibilidad de recuperación; es decir: es misión del médico no únicamente el alivio de la enfermedad y de sus consecuentes dolencias, sino también de auxiliar al enfermo de forma que pueda abandonar la vida sin padecimientos excesivos. Exalta también el valor de tener una muerte con dignidad y sobre todo, desaferrarse a esa obstinación terapéutica antes mencionada, que únicamente prolonga la agonía de una persona cuya muerte es inevitable.

Así lo enuncia en 1605 en su obra *El Avance del Saber* (1605) donde expresa: “*Estimo ser oficio del médico no sólo restaurar la salud, sino mitigar el dolor y los sufrimientos, y no sólo cuando esa mitigación puede conducir a la recuperación,*

⁹ Moro, Tomás. *Utopías*, [en línea]. Disponible en <http://www.biblioteca.org.ar/libros/300883.pdf>, p. 52-53.

sino cuando pueda lograrse con ella un tránsito suave y fácil; pues no es pequeña bendición esa eutanasia que César Augusto deseaba para sí... Mas los médicos, al contrario, tienen casi por ley y religión el seguir con el paciente después de desahuciado, mientras que, a mi juicio, debieran a la vez estudiar el modo y poner los medios de facilitar y aliviar los dolores y agonías de la muerte.”¹⁰ Estas palabras lo convierten en el primer filósofo moderno en abogar por la eutanasia.

La llegada del Renacimiento no únicamente puso énfasis en el valor de la vida humana por sobre lo divino (antropocentrismo) e impulsó los avances científicos, incluyendo la materia en salud; sino que gracias a los pensadores de la época se abogó por el uso de la “tecnología” desarrollada para conseguir una liberación piadosa de un padecimiento incurable.

1.5 “Eutanasia” en la Alemania Nazi

El discurso pro eutanasia se ha visto afectado de manera negativa tras el recuerdo de las brutalidades cometidas por el régimen nacional socialista alemán durante el periodo comprendido entre 1935 y 1945, siendo un tema impronunciable en distintas sociedades y casi imposible de debatir.

Durante una década, alrededor de seis millones de judíos europeos fueron exterminados por la tiranía nazi durante el holocausto por motivos raciales. Los métodos utilizados eran fusilamiento, gaseamiento letal, muerte por inanición, por golpes y tortura; también se realizaron numerosos experimentos con pocos resultados verdaderamente benéficos para el avance científico. Sin embargo, antes de ello, desde 1939 y hasta 1941, el régimen nazi eliminó a cien mil hombres, mujeres y niños, alemanes, de raza aria que presentaran alguna anomalía física o mental. La mayoría fue eliminada mediante un sistema de gaseamiento en duchas, con una sustancia conocida como Ciclón B.¹¹

La ideas de Hitler fueron siempre conocidas en cuanto a la superioridad de la raza aria y públicamente expresadas en la obra “Mein Kampf”, donde expresaba su opinión de la superioridad aria: “*Todo lo que en el mundo no es buena raza, es cizaña.*”¹², su oposición a la mezcla de razas “puras” con “impuras”: “*Aquellos que se hacen bastardos, o que se dejan contaminar, atentan contra la voluntad de la Providencia y su aniquilamiento no es una injusticia, sino un restablecimiento del orden natural.*”¹³, y se podía bosquejar una idea del respeto nulo por los derechos humanos o por la ley misma y la conservación del bienestar social si estos se

¹⁰ Bacon, Francis. *El avance del saber*, Alianza Editorial. Madrid, 1988, p. 124.

¹¹ Humphry Derek y Wickett Ann, Op. Cit, p.41.

¹² Hitler, Adolf. *Mi Lucha*, [en línea], [citado 15/06/2016], formato PDF. Disponible en <http://der-stuermer.org/spanish/Adolf%20Hitler-Mi%20Lucha.pdf>, p. 199.

¹³ Hitler, Adolf. Op. Cit, p. 99.

oponía a sus ideales: *“En general, no debe olvidarse que la finalidad suprema de la razón de ser de los hombres no reside en el mantenimiento de un Estado o de un gobierno: su misión es conservar su Raza. Y si esta misma se hallase en peligro de ser oprimida o hasta eliminada, la cuestión de la legalidad pasa a un plano secundario. Entonces poco importará ya que el poder imperante aplique en su acción los mil veces llamados medios “legales”; el instinto de conservación de los oprimidos podrá siempre justificar en grado superlativo el empleo de todo recurso.”*¹⁴

La tan mencionada higiene racial (*Rasenhigiene*) a que aludía continuamente en su discurso, se vio reflejada en sus políticas públicas casi inmediatamente después de su llegada al poder: Durante los siete primeros años del periodo Nacionalsocialista en el poder se llevaron a cabo esterilizaciones forzadas, al amparo de la Ley, de cerca de trescientas cincuenta mil personas¹⁵.

Con la campaña racial de la necesidad de otorgar supremacía al ario alemán puro (*volk*) extendiéndose y las personas al servicio público adoctrinadas, el camino hacia la comisión de cualquier tipo de barbarie contra los individuos que pudieran obstaculizar las ideas hitlerianas fue relativamente sencillo: los “*lebensunwerten leben*” (vida inmerecida) o *unnütze esser* (boca inútil) fungían como simples despojos de los que había que deshacerse para llegar a su objetivo divino, dirigir el mundo, como desde la antigüedad se les tenía destinado.

En 1939, Hitler realizó un borrador sobre la “Acción Muerte de Gracia” (*Aktion Gnadentod*), donde se preveía el “Exterminio de la Vida Indigna de ser Vivida” y de acuerdo a un escrito del mismo año, redactado por Theo Morell, médico de cámara Adolf Hitler, la eliminación de vidas de los enfermos o malformados físicamente estaba justificada no únicamente por la preservación de los individuos arios superiores físicamente y la limpieza genética, sino también debido a un sentido utilitario: dichas vidas representaban gastos en recursos económicos y humanos. En esos tiempos de crisis, la escasez de personal médico sería alta en caso de guerra, y que de acuerdo a Viktor Brack, colaborador de Hitler, a cargo de la organización de los asesinatos “eutanásicos”, éste último pensaba que con el exterminio de las “bocas inútiles” se podrían obtener más recursos para el ejército alemán: hospitales, médicos, camas, instalaciones sanitarias, ente otras cosas.¹⁶

Debido a los continuos cuestionamientos que la Ley de esterilizaciones forzadas de 1933 provocó, el Führer recurrió a otro medio en el caso de la eutanasia: se

¹⁴ Hitler, Adolf. Op. Cit., p. 61.

¹⁵ Aly, Götz. *Los que sobran. Historia de la eutanasia social en la Alemania Nazi 1939-1945*. Editorial Planeta, Madrid, febrero de 2014, pos .182 de 3735.

¹⁶Citado por Aly como se cita en: Kaiser y otros (ed.), *Eugenik, Sterilisation, Euthanasie*, 1992, p. 250.

llevaría a cabo de forma anónima, es decir, sin registro ante la Ley, de manera privada. Esto no significaba que se llevara a cabo con extrema discreción, sino que se instigaba a las familias de las víctimas a no indagar y cuestionar las causas de muerte oficiales, que iban desde debilidad senil, hasta complicaciones de neumonía aguda, hemorragias, tuberculosis, insuficiencia cardíaca y una larga lista de padecimientos fatales producto de la invención de los ejecutores.

Las causas de fallecimiento inventadas a los familiares hacían que, por un lado, pudieran admitir con más facilidad la partida natural o por voluntad divina, según fuera el caso, del miembro familiar; por otra parte les permitía sentir paz al no tener que lidiar con un ser amado en situación precaria y de difícil cuidado; así, las cartas de condolencia enviadas a las familias reforzaban esta situación, donde los asesinos reafirmaban las ideas que la parentela del enfermo deseaba creer y que a los criminales convenía.

El programa dio inicio de forma oficial el 18 de agosto de 1939¹⁷. Al ser necesario el secretismo en su realización se ocupaban distintos términos para referirse a él, entre ellos surgieron algunos como “Acción”, “Departamento Central T4” o simplemente “T4”, esta última hacía referencia a la dirección de la sede del proyecto homicida, ubicada en la calle Tiergarten 4, que estuvo activa hasta 1945.¹⁸

En 1945, una vez realizados los juicios de Nüremberg para juzgar a los criminales de guerra, la mayor parte de los médicos y personal sanitario pudo seguir ejerciendo su profesión sin problema alguno; sin embargo posterior a ellos “Los principales reponsables de estos crímenes fueron colgados: Karl Brandt, médico personal de Hitler; Karl Gebhardt, médico personal de Himmler y presidente de la Cruz Roja Alemana; Wolfram Sievers; Wilhelm Frick; Waldemar Hoven; etc. Otros en previsión de la condena, se suicidaron: Philip Boulher, Leonard Conti, etc. Algunos escaparon, como Joseph Mengele, que fue capturado en Brasil”.¹⁹

De esta manera, lo realizado por el régimen nacionalsocialista alemán en el periodo comprendido desde 1939 hasta 1945 es una de las principales causas del tabú que hace sombra sobre el tema de la eutanasia, siendo necesario aclarar que lo llevado a cabo en la Acción T4 no se trataba en ningún sentido de dar a los pacientes una tregua en su sufrimiento, ni de dignificar su muerte o hacerla indolora; fueron motivos económicos y de limpieza étnico-racial los que dieron lugar a las acciones que originaron tal crimen; lo ocurrido durante el Tercer Reich dista abismalmente del concepto correcto y actual de lo que hoy en día se

¹⁷ Idem, pos 394.

¹⁸ Idem, pos 423.

¹⁹ Valera Pérez, Víctor Manuel. *Eutanasia ¿Piedad? ¿Delito?*, Editorial Noriega, México, 2003, p.107.

entiende por eutanasia, es una muestra de todo lo que ésta no representa y los crímenes cometidos durante esa época son uno de los principales motivos por los cuales la eutanasia no puede ser un tema a discusión sin prejuicios injustificados.

1.6 CASOS HISTÓRICOS A DESTACAR

1.6.1 Karen Ann Quinlan.

El 15 de abril de 1975, los amigos de Karen Ann Quinlan, notaron un extraño comportamiento en ella tras la fiesta de celebración de su cumpleaños número veintiuno, pero pensaron que únicamente esta ebria; tiempo después, al notar que no respiraba y su coloración de piel se tornaba casi morada, intentaron darle respiración de boca a boca pero no funcionó. Llamaron a una patrulla y un oficial de policía consiguió que respirara nuevamente, sin embargo ya había entrado en estado de coma y fue conducida de urgencia a un hospital en New Jersey, Estados Unidos.

La interrupción de la llegada de oxígeno al cerebro de Karen fue lo que condujo al estado de coma, los informes médicos señalaban presencia de distintas drogas en su sistema: valium, metadona, heroína, cocaína, entre otras.

De acuerdo con su médico, aunque el daño era irreparable no podía dar el diagnóstico de muerte cerebral, puesto que su cerebro aún presentaba actividad involuntaria en los estudios. Poco tiempo después, Joseph Quilan, el padre de Karen solicitó que se desconectara a su hija del respirador que la mantenía con vida, petición que fue negada.²⁰ Tras años de juicio el Tribunal Supremo de New Jersey aprobó que se desconectara el aparato que mantenía con vida a Karen, quien a pesar de ello “no murió como se esperaba, y fue trasladada a un hospital donde permaneció en estado de coma y alimentada artificialmente durante diez años, hasta que murió en julio de 1985, es decir, diez años más tarde.”²¹

El caso Quinlan estableció un precedente importante en la historia de la eutanasia en los Estados Unidos de América, anteriormente a 1975 el derecho a una muerte digna era legal únicamente en cinco estados. Al año siguiente tras la primera negativa que obtuvo en juicio el padre de Karen Ann, se presentaron proyectos de ley relacionados al tema en diecisiete estados, pese a que ninguna de las iniciativas fue aprobada.

²⁰ Humphry Derek y Wickett Ann, Op. Cit, p. 151.

²¹ Idem, p. 152.

Ya para 1977 fueron realizados nada menos que cincuenta proyectos en treinta y ocho estados, entre ellos, se aprobaron los de Arkansas, California, Idaho, Nevada, Nuevo México, Carolina del Norte, Oregón y Texas.²²

1.6.2 Janet Adkins y el “Dr. Muerte”

En Oregón, Estados Unidos residía Janet Adkins, una activa mujer que disfrutaba dar clases de música y las actividades al aire libre; Janet comenzó lentamente a sufrir un deterioro en la memoria, lo cual la llevó a obtener un diagnóstico médico: padecía Alzheimer. Tras conocer el futuro que le deparaba con tal padecimiento degenerativo, decidió acudir ante el Doctor Jack Kevorkian, a quien muchas personas solicitaban su intervención para terminar con sus vidas mediante una máquina inventada y patentada por éste, llamada “The Mercitron”.

Su funcionamiento consistía en inyectar una mezcla de sustancias letales en el paciente que solicitaba la asistencia para morir, consiguiendo así un suicidio indoloro. El Mercitron era activado por el mismo paciente, que recibía una dosis de “... tiopental, que causa un coma profundo en treinta segundos aproximadamente, y cloruro de potasio, que paraliza el músculo cardíaco en unos minutos. La muerte se produce por paro cardíaco, sin dolor, durante un sueño profundo.”²³

Janet Adkins y su esposo llevaron a cabo el suicidio asistido en la camioneta de Kevorkian, donde se encontraba el “Mercitron”, bajo su supervisión, Janet activó con su mano el interruptor que inyectó en su brazo la mezcla de medicamentos. A los diez segundos de la punción quedó inconsciente y después de aproximadamente seis minutos, falleció. Esto sucedió en el año 1989 y no iba contra la ley. Posteriormente el Dr. Kevorkian ayudó a otras veinte personas a suicidarse.

En 1992, la asamblea legislativa de Michigan aprobó una ley que contemplaba como delito el suicidio asistido, pese a ello Kevorkian siguió asistiendo a enfermos terminales para finalizar con sus vidas, en 1993 fue acusado de violar la nueva ley e internado en una cárcel en el condado de Oakland, donde inició una huelga de hambre, que finalizó tras diecisiete días al ser liberado bajo fianza, en medio de la opinión nacional en su mayoría favorable y prosiguió con su labor asistencial.

En abril de 1994, Kevorkian fue procesado una vez más por asistir a un paciente que sufría un desorden nervioso debilitador, pues aún no se declaraba

²² Idem, p. 153.

²³ Behar, Daniel. *Cuando la vida ya no es vida ¿eutanasia?*, Editorial Pax México, primera edición, México, 2007, p. 19.

inconstitucional la ley por la que fue procesado la primera vez, sin embargo fue absuelto por el jurado. Uno de los miembros declaró: “No creo que sea nuestra obligación elegir por otro cuánto dolor y sufrimiento puede soportar.”²⁴

Si bien, el caso de Jack Kevorkian y sus acciones, desde el punto de vista ético de la medicina pueden ser altamente cuestionables, los métodos y el procedimiento que utilizaba para ayudar a morir a sus pacientes, fueron una precedente de suma importancia en la legislación y regulación del SMA en los Estados Unidos de Norteamérica. Cabe destacar que países de primer mundo como Holanda, Bélgica, Luxemburgo, Suiza, algunas entidades de los Estados Unidos y Canadá permiten esta opción al final de la vida.

El suicidio asistido es, en algunos casos más aceptada por las Organizaciones de la sociedad civil por -según sus principios- otorgar más respeto a la autonomía del paciente, contrario a lo que sucede con la eutanasia, según dichas Organizaciones. De acuerdo a sus opiniones, la eutanasia se lleva a cabo muchas veces sin la autorización de la persona moribunda en cuestión. Tal es el caso de “Compassion and Choices”, una ONG estadounidense que basa sus actividades, estrategias y objetivo sobre siete principios básicos²⁵ y que considera que la eutanasia viola dos de los principios de su Institución: la autonomía y auto determinación del paciente. Así lo informó su presidenta en un comunicado titulado “COMPASSION & CHOICES PRES. BARBARA COOMBS LEE’S STATEMENT ON CANADA EUTHANASIA LAW”:²⁶

En el que expresa:

“Medical aid in dying enables a terminally ill adult to obtain medication and administer it to themselves, if they choose, to end a prolonged or agonized dying process. Compassion & Choices advocates for medical aid in dying because only the terminally ill person controls the process from beginning to end. We do not support euthanasia, because it authorizes someone else – a physician or other person — to administer the aid-in-dying medication.

As a result, euthanasia violates two of Compassion & Choices’ seven principles for person-centered healthcare: autonomy and self-determination. As an ER and ICU

²⁴ Singer, Peter. *Repensar la vida y la muerte. El derrumbe de nuestra ética tradicional*. Editorial Paidós, España, 1997, p. 138-140.

²⁵ Compassion and Choices. *The Seven Principles for Patient-Centered End-of-Life Care*[en línea], Disponible en: <https://www.compassionandchoices.org/wpcontent/uploads/2016/04/SevenPrinciples.pdf>

²⁶ Coombs Lee, Barbara. *Compassion & Choices President Barbara Coombs Lee’s Statement on Canada Euthanasia Law*. [en línea] Denver, CO. Disponible en: <https://www.compassionandchoices.org/compassion-choices-pres-barbara-coombs-lees-statement-on-canada-euthanasia-law/>

nurse and physician assistant for 25 years, I saw many dying patients whose autonomy and self-determination were betrayed. Compassion & Choices would not violate these principles..."

Es cierto que, aunque existen casos en los que el paciente se encuentra en un estado de enfermedad que le impide solicitar la eutanasia, para estos dilemas se suelen utilizar al menos dos principios que guían la toma de decisiones por parte de los representantes del paciente: el "principio del juicio sustituto" y el principio del "mejor interés"²⁷. Dicha hipótesis y los principios bajo los cuales se resuelven tales paradojas éticas serán estudiados más adelante.

1.6.3 Jeffrey Spektor. Gran Bretaña y el debate sobre la eutanasia.

El empresario Jeffrey Spektor, de 54 años, quien padecía de cáncer en la columna vertebral, y cuyo resultado sería indefectiblemente la tetraplejia de su cuerpo, decidió acudir a la ONG Dignitas, que presta sus servicios a extranjeros y cuya sede se encuentra en Suiza, con el fin de recibir asistencia para el suicidio.

Spektor afirmó ante Dignitas, que los dolores eran insoportables y cada vez le era más difícil resistir; debido a la localización del tumor era en extremo peligroso retirarlo, por lo que esto no era una opción.

En Gran Bretaña la eutanasia y el suicidio asistido son ilegales, lo cual orilló a Jeffrey a acudir a Zurich con el apoyo de su familia, lo que reabrió en su país de origen el debate sobre la regulación de estas prácticas.

Una vez más, el tema a poner sobre la mesa es la dignidad humana, así lo expresó en todo momento tanto Spektor como su familia:

"Algunas personas me van a criticar, pero no me juzguen. Nunca juzguen a nadie a menos que hayan llevado sus zapatos. Creo en mi derecho humano a la dignidad. Quiero poder tener una taza de té y sostener un teléfono. Quiero poder hacer esas cosas solo" ²⁸

Ya en 2013 el Tribunal Supremo de Gran Bretaña había fallado en contra de una petición presentada por activistas que solicitaban la despenalización de la asistencia al suicidio.

²⁷ Colegio de Bioética y el Foro Consultivo, Científico y Tecnológico. *Eutanasia: hacia una muerte digna*. México, julio de 2008, p. 36.

²⁸ S/A. "El suicidio asistido de Jeffrey Spektor, un enfermo de cáncer, reavivó el debate por la eutanasia en Gran Bretaña", Periódico La Nación [en línea]. 26 de mayo de 2015. Disponible en: <http://www.lanacion.com.ar/1795986-el-suicidio-asistido-de-jeffrey-spektor-un-enfermo-de-cancer-reavivo-el-debate-por-la-eutanasia-en-gran-bretana>

Dicha solicitud fue presentada por Jane Nicklinson, viuda de un tetraplégico que intentó sin éxito conseguir asistencia para morir, y Paul Lamb quien a sus 57 años se encontraba paralizado como consecuencia de un accidente de tránsito.

En ocasiones anteriores el Tribunal Supremo de ese país ha fallado en contra de las peticiones de modificar la Ley, para que se permita morir con dignidad a los ciudadanos, pese a que de acuerdo a un sondeo, cuyos resultados se hicieron públicos el 30 de abril de 2013 por el periódico inglés The Guardian, la mayoría de las personas creyentes en el Reino Unido se encuentran a favor de que se legalice la eutanasia.²⁹

La encuesta se llevó a cabo por la consultora YouGov y se aplicó a 4,500 británicos.

²⁹ S/A. *“La eutanasia está lejos de ser legal en el Reino Unido”*. Periódico El Telégrafo [en línea]. 24 de agosto de 2013. Disponible en: <http://tinyurl.com/hkhfc7d>

CAPÍTULO II

LA EUTANASIA DESDE DIVERSOS PUNTOS DE VISTA

“Vivir es un derecho, no una obligación.”

Ramón Sampedro

2.1 Definición médica de muerte

Durante mucho tiempo, el concepto de muerte era definido como el cese total de funciones cardiorespiratorias, sin embargo, durante la década de los sesenta propuso el concepto de “muerte cerebral”, que con el paso del tiempo fue siendo admitido por la comunidad científica y actualmente es aceptado de forma internacional.³⁰

En nuestro país la Ley General de Salud define a la muerte como se cita a continuación:

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

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

De ello se puede observar que se contempla como muerte a la muerte cerebral, y que en el artículo siguiente se define con más precisión.

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

- I. Pérdida permanente e irreversible de conciencia y de respuesta a estímulos sensoriales;*
- II. Ausencia de automatismo respiratorio, y*

³⁰ Colegio de Bioética y el Foro Consultivo, Científico y Tecnológico. Op. Cit., p. 22-23.

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

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

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

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

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

Se puede decir entonces que los conceptos médicos han evolucionado con el paso del tiempo y a la par del avance tecnológico. Sin embargo, estos conceptos no son homogéneos en todos los países.

2.2 Muerte digna

El concepto de muerte digna otorgado por la autora Carolina Evelyn Álvarez, resulta exhaustivo en cuanto a sus elementos: “La muerte digna es la muerte que, deseada por una persona, se produce asistida de todos los alivios y cuidados paliativos médicos adecuados, así como con todos los consuelos humanos posibles. En otras palabras; una muerte digna es el hecho y el derecho a finalizar la vida voluntariamente sin sufrimiento, propio o ajeno, cuando la ciencia médica nada puede hacer para la curación de una enfermedad mortal.”³¹

Este derecho a morir dignamente ha sido reconocido por el Consejo de Europa, en su Recomendación 1418/1999 (Debate de la Asamblea del 25 de junio de 1999, 24ª Sesión Sobre la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad Humana en las Enfermedades Terminales y en los Moribundos³²). El mismo se basa en los siguientes principios:

1. Proporcionar una información veraz y completa y respetando (consentimiento informado), en su caso, el derecho del paciente a no ser informado;

³¹ Álvarez Carolina, Evelyn. *Muerte Digna. Aspectos Médicos, Bioéticos y Jurídicos*, Instituto Universitario de Ciencias de la Salud, Fundación H.A. Barceló, Buenos Aires, 2014, p. 30.

³² “Recomendación 1418/1999 Sobre la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad Humana en las Enfermedades Terminales y en los Moribundos.” Consejo de Europa, 24ª Sesión, 25 de junio de 1999.

2. Garantizar que ningún enfermo terminal sea médicamente tratado contra su voluntad;
3. Asegurar que se respetará el rechazo a un determinado tratamiento médico en el caso de haberse formulado al respecto Testamento Vital, Directivas Previas o Voluntades Anticipadas;
4. Recibir los cuidados necesarios dirigidos para conllevar de la forma más confortable el proceso de enfermedad y muerte;
5. Recibir el tratamiento para combatir el dolor físico, **aunque acorte la vida**, y;
6. Recibir el apoyo psicológico para paliar el sufrimiento mental.³³

En este contexto, y a efecto de garantizar este derecho, es decir, el derecho a morir dignamente, las instituciones de salud tienen la responsabilidad de crear espacios apropiados para el buen morir, donde con la atención médica necesaria para su situación terminal, los pacientes estén en un ambiente tranquilo, cálido, sin dolor y en compañía de sus familiares y amigos más cercanos, si así lo desearan en los últimos momentos de sus vidas. El alcanzar un escenario adecuado para la muerte digna no es más que un paso hacia la humanización de la medicina, en que se respeta la autonomía de cada paciente.³⁴

Por otra parte, el derecho a una muerte con dignidad es un derecho humano, reconocido en tratados internacionales como lo enuncia la Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial de los Derechos de los Pacientes en su numeral décimo del apartado *“Derecho a la Dignidad”*:

*“(…) c. El paciente tiene derecho a una atención humana y a recibir toda la ayuda disponible, en caso de padecer una enfermedad terminal, para que muera de la manera más digna posible.”*³⁵

2.3 Eutanasia, Aceptaciones Y Conceptos Relacionados

La palabra *eutanasia* se conforma por la unión de dos vocablos griegos *eu* y *thanatos* que significan “buena muerte”, una muerte tranquila, suave e indolora.³⁶

³³ Idem, p. 31-33.

³⁴ Fritz, Eduardo. *Derecho a Morir Dignamente 2015*. Universidad Médica, Bogotá, abril-junio 2015, p. 179-185.

³⁵ *Declaración de Lisboa de la Asociación Médica Mundial Sobre los Derechos de los Pacientes*.

A su vez, el Diccionario Enciclopédico Espasa refiere: “**eutanasia**: fr. e i., eutanasia; a., Gnadentod. (De eu- y -tanasia.) f. Muerte deliberada de un ser para ahorrarle sufrimientos, particularmente los producidos por una enfermedad incurable...”³⁷

Por su parte, la Real Academia Española la define como:

“1. f. *Intervención deliberada para poner fin a la vida de un paciente sin perspectiva de cura.*

2. f. *Med. Muerte sin sufrimiento físico.*”³⁸

“*Eutanasia es el acto o método para producir la muerte, sin dolor y terminar con el sufrimiento*”³⁹

A lo largo de la historia, la palabra *eutanasia* ha tenido distintas acepciones: los cambios culturales, sociales, económicos, bélicos y otros tantos, han influido en la variación conceptual que la palabra ha tenido, ajustándose a las diversas realidades que la humanidad ha atravesado.

Se relataba con anterioridad que los motivos para dar muerte a alguien no fueron siempre producto de una perspectiva humanitaria o piadosa y sin duda alguna, las concepciones que se tienen al respecto seguirán cambiando, como todo aspecto en la sociedad; sin embargo un significado que generalmente se mantiene constante es el de entender a la eutanasia como una muerte suave y tranquila, una partida de esta vida sin sufrimiento o agonía innecesarios.

La Dra. Álvarez del Río, nos proporciona su propia definición: “La eutanasia es el acto o procedimiento, por parte de un médico, para producir la muerte de un paciente, sin dolor, y a petición de éste”.⁴⁰

De esta forma, en general el término eutanasia implica un elemento de solicitud expresa del paciente, que sin embargo, no siempre puede darse por motivos de incapacidad física, pero que no deberían ser obstáculo para la realización de ella en algunos casos. Como ejemplo, en Holanda se tiene contemplada la eutanasia

³⁶ Álvarez del Río, Op. Cit., p. 24.

³⁷ eutanasia. *Diccionario Enciclopédico Espasa*, Editorial Espasa, novena edición. Madrid, 1985, p.203.

³⁸ Real Academia Española. (2016), eutanasia. *Diccionario de la lengua española edición del Tricentenario*. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=H7n2lXw>

³⁹ Kraus, Arnoldo y Álvarez del Río, Asunción. *La Eutanasia*. Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, primera edición, México, 1998, p.07.

⁴⁰ Álvarez del Río. Op. Cit. p. 32.

de personas en coma irreversible, personas seniles dementes o bebés con graves incapacidades y malformaciones.⁴¹

Una vez tomados en cuenta algunos de los conceptos que ofrece el término *eutanasia*, debe hacerse mención a la clasificación que algunos autores dan al respecto, aunque, cabe aclarar que, por consenso internacional, en la práctica, el término eutanasia no contiene distinciones acordes a la intervención del sujeto que la realiza o a la forma en que se lleva a cabo, pues únicamente se presta a confusión y malinterpretación de esta conducta. Así lo expresa el Institut Borja de Bioètica de la Universitat Ramon Llull (Instituto impulsado por cristianos jesuitas), en su Declaración “Hacia Una Posible Despenalización de la Eutanasia”, donde se menciona:

“Eutanasia es toda conducta de un médico, u otro profesional sanitario bajo su dirección, que causa de forma directa la muerte de una persona que padece una enfermedad o lesión incurable con los conocimientos médicos actuales que, por su naturaleza, le provoca un padecimiento insoportable y le causará la muerte en poco tiempo. Esta conducta responde a una petición expresada de forma libre y reiterada, y se lleva a cabo con la intención de liberarle de este padecimiento, procurándole un bien y respetando su voluntad.”⁴²

Con esta definición el Institut excluye al suicidio asistido de su Declaración. Sin embargo para fines de la presente investigación, se revisará a continuación tanto la clasificación de eutanasia que algunos autores realizan, como la definición de suicidio médicamente asistido, pues ambos forman parte del derecho a la muerte con dignidad.

2.3.1 Eutanasia activa y pasiva.

Esta clasificación se deriva de acuerdo a la intervención del sujeto que aplica la eutanasia: *“Eutanasia activa es la finalización deliberada de la vida por medio de una acción encaminada a procurar la muerte (como sería la administración de una droga).*

Eutanasia pasiva es la que provoca la muerte como efecto de la omisión o suspensión de acciones médicas que permitirían preservar la vida”⁴³

⁴¹ Idem, p. 34.

⁴² Institut San Borja de Bioética. *Hacia una posible despenalización de la eutanasia*. [en línea]. España, 2005. Disponible en: http://www.ibbioetica.org/eutanasia/euta_cast.pdf. p. 1-2.

⁴³ Kraus y Álvarez del Río, Op. Cit. p. 07.

De acuerdo con algunos autores la eutanasia pasiva se refiere a “la omisión planificada de los cuidados que probablemente prolongarían la vida”.⁴⁴

Según Pérez Varela, la eutanasia pasiva se subdivide a su vez: existe la abstención terapéutica y la suspensión terapéutica.

La abstención consiste en no iniciar ningún tratamiento o intervención médica hacia el paciente; en cuanto a la suspensión, se interrumpe o suprime el tratamiento que estaba siendo suministrado al paciente “*ya que se considera que más que prolongar el vivir, prolonga el morir*”.⁴⁵

2.3.2 Eutanasia voluntaria, no voluntaria e involuntaria

Eutanasia voluntaria “*Es la terminación de la vida de un paciente en respuesta a petición de éste expresada libremente*”⁴⁶

Por otra parte, Daniel Behar da una concepción similar aduciendo que es la realizada a petición del paciente, además explica que, según la moral judeo cristiana, ésta se asemeja al suicidio si bien los factores psicológicos pueden ser atenuantes e incluso excluyentes de dicho pecado.⁴⁷

La eutanasia no voluntaria ocurre cuando se pone fin a la vida de un paciente debido a que por incapacidad física o mental el afectado no puede manifestar su deseo de recibir un tratamiento eutanásico.

Para algunos autores, la eutanasia no voluntaria es considerada una extensión de la voluntaria. En Holanda, por ejemplo, no existe casi distinción entre ellas, a lo que se denomina “eutanasia no voluntaria” se le conoce como “terminación de la vida sin solicitud expresa”.

Aunque una persona no sea capaz, como es el caso que se describió anteriormente sobre Janet Adkins, quien por síntomas propios del Alzheimer, había mermado en cierto grado su capacidad de memoria, puso en manifiesto expresamente su deseo de morir, de manera informada, apoyada por su esposo e hijos, con conocimiento del procedimientos al que iba a ser sometida para terminar con su vida. Decisión que sostuvo hasta el final, pues ella misma accionó el mecanismo que terminaría con su vida, si bien el caso Adkins fue el de un suicidio médicamente asistido.⁴⁸

⁴⁴ Häring, B., *Moral y medicina*. Editorial PS, Madrid, 1977, p. 143-145.

⁴⁵ Pérez Varela, V. Op Cit. p. 19-43

⁴⁶ Álvarez del Río, Op. Cit., p 33

⁴⁷ Behar, Daniel. Op. Cit., p. 6-7.

⁴⁸ Singer, Peter. *Ética Práctica*. Ediciones Akal, Madrid, 2009, p. 182-184.

2.3.3 Suicidio Médicamente Asistido

El suicidio médicamente asistido (SMA) proporciona una opción al final de la vida distinta en cuanto a su procedimiento para terminar con la vida del paciente; no obstante, el Colegio de Bioética y el Foro Consultivo, Científico y Tecnológico en su publicación *Eutanasia: hacia una muerte digna*, nos especifica que el SMA “se trata de una variedad de la eutanasia”⁴⁹. Su fin último es el mismo y en ambos actos existe la petición reiterada, voluntaria y libre del paciente a su médico para que se realice.

En el SMA, el doctor o especialista de la salud actúa únicamente como facilitador de los medios y la sustancia letal que el paciente aplicará a sí mismo, para terminar con su padecimiento.

El SMA se fundamenta en dos principios éticos, de acuerdo con la Dra. Asunción Álvarez del Río:

- “El reconocimiento a la autonomía del paciente que decide morir, y
- La solidaridad del médico que busca el beneficio de su paciente”⁵⁰

Esta opción eutanásica se encuentra permitida en cinco entidades de los Estados Unidos de Norteamérica: Oregón, Washington, Montana, Vermont y recientemente, en junio de 2016 en California. De igual forma, es legalmente viable en Suiza, Canadá (legalizado a fines de 2016), Luxemburgo, Japón, Alemania y Bélgica.

Pese a tener menor aceptación que la eutanasia, en plena consciencia, es cada vez mayor la cantidad de gente que quisiera tener el control sobre la forma en la que va a morir.

Ante la negativa de las autoridades para legislar, la sociedad civil ha buscado nuevas formas de acceder a una muerte digna, que sea acorde a sus necesidades y a sus deseos. Un claro ejemplo de ello fue la publicación del libro *Final Exit*, en 1991, escrito por el periodista y activista por el derecho a morir con dignidad, Derek Humphry. Quien ayudó a morir a su esposa Jean, que padecía cáncer, administrándole pastillas para que ella misma las tomara, tal como lo relata en *Jean Murió a su Manera*:

⁴⁹ Colegio de Bioética y el Foro Consultivo, Científico y Tecnológico. Op. Cit., p. 25.

⁵⁰ Álvarez del Río, Asunción. *Eutanasia y Suicidio Médicamente Asistido. ¿Cuál es el Problema?* [en línea]. UNAM. México, 2013. Disponible en: http://investigacionfacmed.com.mx/wp-content/uploads/2015/04/Eutanasia-y-suicidio-m%C3%A9dicamente-asistido-%C2%BFCu%C3%A1l-es-el-problema_.pdf. p. 02.

“-Adiós amor mío.

-Adiós cariño.

Levantó el tazón y bebió el contenido rápidamente, se apoyó en la almohada y cerró los ojos. Al cabo de unos segundos pareció quedarse dormida y pronto su respiración se hizo lenta y pesada. (...) Jean respiraba pesadamente mientras yo continuaba mi desesperada guardia. Pero no necesitó más ayuda. A la 1:50 del 29 de marzo de 1975, mientras yo la contemplaba, murió pacíficamente.”⁵¹

En *Final Exit*, Derek Humphry describe métodos para finalizar la vida, ingredientes letales y cantidades para la preparación de sustancias que ayuden a las personas que necesitan morir sin dolor, pero que por cuestiones ajenas a ellos, no pueden solicitar la eutanasia o el suicidio asistido. Estos métodos van desde la auto deshidratación e inanición hasta la muerte por inhalación de gases inertes, como el helio, que al ser inhalado en cantidades considerables, elimina el oxígeno del cuerpo y la falta de éste provoca muerte cerebral en pocos minutos, así lo explica en su capítulo *Inert Gases*:

1. “Place the elasticized opening of the bg on the forehead, aslo covering hair and ears like a shower cap. Squeeze out any residual air.
2. Lean back and turn the gas valve partway open to a gentle flow. Bag gradually fully inflates with pure helium above the head.
3. Completely exhale air in lungs, hold breath, and then quickly pull the bag down the neck.
4. Fasten strap snugly around the neck and inhale deeply. Keep gas flowing steadily until tank is empty. Patient dies in 5-15 minutes.”⁵²

“El sorprendente éxito del libro –alcanzó el primer puesto en la lista de libros de consejos más vendidos de New York Times- indica que son muchas las personas que desean esta información”⁵³. Escribe Peter Singer en *Repensar la Vida y la Muerte* y es una realidad. La necesidad y el derecho humano que tienen las personas a disponer de la manera en la que quieren vivir, implica también tener el control de la forma en la que se desea terminar la vida y la negativa del Estado para legislar en el tema no puede cambiar este hecho.

⁵¹ Humphry, Derek. *Jean Murió a su Manera*. Editorial Norris Lane Press/ERGO. Estados Unidos de Norteamérica, 2007, p. 169-170.

⁵² Humphry, Derek. *Final Exit. The Practicalities of Self-Deliverance and Assietd Suicide for the Dying*. The Random House Publishing Group, tercera edición, Estados Unidos de Norteamérica, 2010, p. 134.

⁵³ Singer, Peter. Op Cit (1997) p. 150.

2.3.4 Incapacidad de consentimiento y ausencia de voluntad/directrices anticipadas

Como fue mencionado en líneas anteriores, la situación de una persona en estado inconsciente que no puede expresar sus deseos dada su situación clínica, y que jamás dejó documento alguno sobre el tratamiento al que quería o no, ser sometido si llegaba a la situación de no poder manifestarlo, nos encontramos ante dos posibles principios sobre los cuales resolver tal dilema.

El primero de ellos es propuesto por Ronald Dworkin⁵⁴ conocido como principio del “Juicio Sustituto”, el cual consiste en que los representantes del ahora impedido, hagan lo que el paciente hubiera decidido de estar consciente, basándose en los valores, decisiones pasadas y opiniones que el sujeto hubiera expresado de forma consciente cuando pudo. Ésta sería, una forma de respeto a la autonomía personal y adherencia al desenvolvimiento que la persona en cuestión, tuvo a lo largo de su vida.

Sin embargo, esta situación parece ser más compleja al no tener los representantes dicha información, en ese momento, se puede acudir al principio del “Mejor Interés”, esto significa, evaluar la situación, los pros y los contras, los riesgos, los beneficios y males que se pudieran ocasionar al paciente con la toma de decisiones y de esta manera actuar, buscando siempre lo mejor para él.

Para evitar los prejuicios emocionales/sentimentales que pudieran devenir ante la toma de decisiones, se debe acompañar este principio con el “criterio de persona razonable”⁵⁵, esto es “la consideración intuitiva de lo que cualquier persona razonable elegiría en esta situación”.⁵⁶

2.4. Voluntad Anticipada/Directivas Anticipadas

Se trata de un documento público suscrito ante Notario, en el que cualquier persona con capacidad de ejercicio y en pleno uso de sus facultades mentales, manifiesta la petición libre, consciente, seria, inequívoca y reiterada de no someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos, que propicien la Obstinación Médica.⁵⁷

La Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, define la obstinación terapéutica como “*la adopción de métodos médicos desproporcionados o inútiles*”

⁵⁴Citado por el Colegio de Bioética y Foro Consultivo, Científico y Tecnológico, como se cita en: Dworkin, Donald, *Life's Dominion. An Argument about Abortion and Euthanasia*. Cap 7.

⁵⁵ Citado por el Colegio de Bioética y Foro Consultivo, Científico y Tecnológico, como se cita en: Luna, Florencia y Salles, Arleen en *Introducción. Decisiones sobre la muerte*, p. 190.

⁵⁶ Idem. p. 190.

⁵⁷ Artículo 3, fracción V de la *Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal*.

*con el objeto de alargar la vida en situación de agonía, y al enfermo en etapa terminal como al paciente con diagnóstico sustentado en datos objetivos, de una enfermedad incurable, progresiva y mortal a corto o mediano plazo; y/o con escasa o nula respuesta a tratamiento específico disponible y pronóstico de vida inferior a seis meses.*⁵⁸

Del concepto antes transcrito se desprenden los siguientes elementos:

- **OBJETO:** Contiene la petición libre, consciente, seria, inequívoca y reiterada de no someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos, que propicien la Obstinación Médica.
- **CONTEXTO DE LA APLICACIÓN:** Se hace referencia a la voluntad anticipada en un contexto de enfermedad terminal.
- **ALCANCES:** Conocer la voluntad anticipada de una persona permite tomar decisiones sobre cuáles tratamientos médicos hay que aplicar y cuáles han de evitarse, cuáles síntomas han de tratarse y cuáles permitirse, qué hacer en caso de que la persona pierda la capacidad de alimentarse a sí misma, qué hacer en caso de que los tratamientos médicos ya no sean útiles y la muerte sea inevitable, qué hacer en caso de que ocurra un paro respiratorio o decidir si el fallecimiento ha de ocurrir en casa o en el hospital.
- **FINALIDAD:** Se busca que la dignidad de la persona sea respetada hasta el último momento, lo cual maximiza la calidad de vida.
- **CAPACIDAD:** Se requiere que la persona tenga capacidad al momento de manifestar su voluntad, previendo la posibilidad de que en un futuro se encuentre incapacitada para expresar sus preferencias.
- **FORMA DE HACER VÁLIDA LA VOLUNTAD ANTICIPADA:** En la Ciudad de México, desde el año 2008 existe el procedimiento jurídico para que una persona elabore su voluntad anticipada en un documento con validez legal, denominado Documento De Voluntad Anticipada.

En México, la Ley General de Salud en la que se incorporó el Título Octavo, denominado “De los Cuidados Paliativos a los Enfermos en Situación Terminal”, contempla el derecho a otorgar un documento de voluntad anticipada por el que toda persona pueda expresar su voluntad de recibir o no un tratamiento en caso de que llegase a padecer una enfermedad terminal y no le sea posible manifestar

⁵⁸ Artículo 3, fracción VI de la *Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal*.

su voluntad. Asimismo se establecen lineamientos generales respecto a su otorgamiento, a la fecha no se cuenta con un estándar homogéneo de regulación a nivel nacional respecto a requisitos y formalidades de los Documentos de Voluntad Anticipada (DVA), en virtud de que al tratarse de un tema de ámbito local, los distintos estados de la República que han emitido legislación al respecto, establecen criterios diferentes, o incluso existen estados que a la fecha no han emitido legislación en la materia.

Aún cuando en México, 17 estados cuentan con leyes que han incorporado al marco normativo la regulación sobre voluntad anticipada, es necesario hacer un diagnóstico del conocimiento que la gente tiene sobre este derecho y si en realidad está siendo ejercido.

Las cifras de la Secretaría de Salud nos hablan de que sólo 7,194 personas han otorgado un Documento de Voluntad Anticipada, de los cuales el 60%, es decir, 4,316 han sido mujeres.⁵⁹

Ante la poca participación de la ciudadanía en el otorgamiento del Documento de Voluntad Anticipada deben buscarse mecanismos para dar a conocer más estos medios de protección de los derechos de los pacientes, de manera fácil y de clara comprensión a la población en general, partiendo de los siguientes lineamientos:

- Procesos comunicativos entre médicos, familiares y pacientes.
- Crear una constancia de registro para que dichas disposiciones puedan ser consultadas en cualquier unidad de salud pública o privada.
- Estandarización de principios y requisitos básicos que deben prever legislaciones locales, o bien, crear una Ley Federal.
- Ponderar distintos valores y derechos.
- Poner especial cuidado entre hacer lo mejor para el paciente y respetar su voluntad.

Si bien, ya se están tomando medidas para la difusión de estos Documentos de Voluntad Anticipada, a efecto de incrementar el número de personas que los otorguen, por ejemplo, el mes de marzo fue seleccionado como el mes de la Voluntad Anticipada en el Distrito Federal. Durante este periodo los notarios de la capital reducen en un 50% el costo de la certificación de este documento.

2.4.1 Diferencia entre Voluntades Anticipadas y Eutanasia

Las voluntades anticipadas, sin acelerar de alguna firma el desenlace definitivo de la vida del paciente, están destinadas a elegir las condiciones del tratamiento en

⁵⁹ Sarabia Dalia. “*Optan más las mujeres por voluntad anticipada*”, Periódico Reforma, 19 de julio de 2016, p. 54.

los últimos momentos de la vida de la persona en estado terminal, proporcionando cuidados multidisciplinarios a efecto de prevenir y aliviar el sufrimiento, buscando evitar en cualquier forma la obstinación terapéutica. Mientras que la eutanasia tiene como objetivo principal poner fin a la vida de un enfermo terminal en forma directa, por razones humanitarias.

2.5 Eutanasia y Religión ¿Incompatibilidad?

-No sé qué es lo que quiere decir con eso de la “gloria”- observó Alicia. Humpty Dumpty sonrió despectivamente.

-Pues claro que no..., y no lo sabrás hasta que te lo diga yo. Quiere decir que “ahí te he dado con un argumento que te ha dejado bien aplastada”.

-Pero “gloria” no significa “un argumento que deja bien aplastado”- objetó Alicia.

-Cuando yo uso una palabra –insistió Humpty Dumpty con un tono de voz más bien desdeñoso- quiere decir lo que yo quiero que diga..., ni más ni menos.

-La cuestión –insistió Alicia- es si se puede hacer que las palabras signifiquen tantas cosas diferentes.

-La cuestión –zanjó Humpty Dumpty- es saber quién es el que manda..., eso es todo.

Lewis Carroll

El cristianismo-catolicismo es, por mucho, la religión que más se practica en México; debido a ello, el presente análisis se centrará únicamente en esta religión. Si bien, dependiendo de sus creencias y prácticas, cada religión hace uso del poder que por facto posee, para otorgar el significado que desee a las palabras y definiciones de los actos humanos de acuerdo a su doctrina.

Dependiendo del tipo de discurso que se entregue a las personas, la eutanasia puede ser un crimen contra la naturaleza, un acto inhumano, una suplantación del papel que tiene Dios, o una acción piadosa. La Iglesia Católica siempre ha sido clara en su postura: la eutanasia (al igual que el aborto, los derechos civiles de las personas pertenecientes a la comunidad LGTTTTI y en su momento, los derechos civiles de las mujeres), es un acto inconcebible y una falta a las Sagradas Escrituras.

En la carta Encíclica *Evangelium Vitae*, el Papa Juan Pablo II, enuncia en el EV65:

“De acuerdo con el Magisterio de mis Predecesores y en comunión con los Obispos de la Iglesia católica, confirmo que la eutanasia es una grave violación de la Ley de Dios, en cuanto eliminación deliberada y moralmente inaceptable de una persona humana. Esta doctrina se fundamenta en la ley natural y en la Palabra de Dios escrita; es transmitida por la Tradición de la Iglesia y enseñada por el Magisterio ordinario y universal.

*Semejante práctica conlleva, según las circunstancias, la malicia propia del suicidio o del homicidio.*⁶⁰

Como se mencionó en líneas anteriores, la Iglesia basa únicamente su postura en las Sagradas Escrituras de su religión, misma que es, no únicamente contraria a todo Estado Democrático, sino a cualquier sentido humanista y respetuoso de los derechos humanos. Sin más argumento que la alusión a los dogmas que deben ser obedecidos por su simple existencia, sin cuestionamiento alguno. Haciendo además uso del sentimentalismo en su discurso, pues ya la analogía entre la *malicia homicida* y eutanasia es tendenciosa y orilla al lector a adoptar una postura negativa, pues no únicamente es el mismo “representante de Dios” quien califica la eutanasia como un acto maligno, sino además, lo respaldan sus predecesores, la Iglesia en su conjunto, la tradición eclesiástica y Dios mismo mediante su Palabra.

Esta misma doctrina que condena en su Libro Sagrado la eutanasia, es la que afirma que el patriarcado y superioridad del hombre sobre la mujer es castigo divino, origen del pecado cometido por la mujer al comer del “fruto prohibido”: *“A la mujer dijo: En gran manera multiplicaré tu dolor en el parto, con dolor darás a luz los hijos; y con todo, tu deseo será para tu marido, y él tendrá dominio sobre ti”.* **(Gén 3:16)**, la que eleva al machismo a nivel de evangelio: *“Habló Jehová a Moisés, enunciando: “Habla a los hijos de Israel y diles: La mujer cuando conciba y dé a luz varón, será inmunda siete días; conforme a los días de su menstruación será inmunda (...) Y si diere a luz hija, será inmunda dos semanas, conforme a su separación, y sesenta y seis días estará purificándose de su sangre.”* **(Lev 12: 1, 2 y 5)**; *“Pero quiero que sepáis que Cristo es cabeza de todo varón, y el varón es cabeza de la mujer... Porque el varón no debe cubrirse la cabeza, porque él es imagen y gloria de Dios; pero la mujer es gloria del varón. Porque el varón no procede de la mujer, sino la mujer del varón, y tampoco el varón fue creado por causa de la mujer, sino la mujer por causa del varón.”* **(Cor 11:3, 7, 8 y 9).**

En este orden de ideas, es incongruente que una Institución que no se caracteriza por su gran ética o respeto a los derechos humanos, haga pugna por imponer su doctrina basándose únicamente en su poder de facto, es decir, en el hecho de que aproximadamente el 80% de la población mexicana pertenece a la religión católica⁶¹.

⁶⁰ Juan Pablo II, *Evangelium Vitae* [en línea], EV65. Disponible en: http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/es/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html

⁶¹Montalvo, L. Tania, *“El número de católicos en México va a la baja; aumentan los ateos y de otras religiones”*, Animal Político [en línea]. 13 de febrero de 2016. Disponible en: <http://www.animalpolitico.com/2016/02/el-numero-de-catolicos-en-mexico-va-a-la-baja-aumentan-los-ateos-y-de-otras-religiones/>

De la misma Carta se dicta otra norma, que nos señala la intrascendencia de los motivos por los cuales a una persona se le pueda considerar candidato a la aplicación de la eutanasia: no interesa que el motivo no sea egoísta o un medio para aliviar al enfermo que sufre. El altruismo que implique llevarla a cabo, es al final un engaño, un acto compasivo corrompido, más aún si un médico asiste el acto. ¿Por qué? Únicamente porque como señala el mismo documento un párrafo más adelante: “Sólo Dios tiene el poder sobre el morir y el vivir”. Nuevamente, porque así lo ordena el dogma, sin más. Dicho Evangelio reza:

“La eutanasia, aunque no esté motivada por el rechazo egoísta de hacerse cargo de la existencia del que sufre, debe considerarse como una falsa piedad, más aún, como una preocupante «perversión» de la misma. En efecto, la verdadera «compasión» hace solidarios con el dolor de los demás, y no elimina a la persona cuyo sufrimiento no se puede soportar. El gesto de la eutanasia aparece aún más perverso si es realizado por quienes —como los familiares— deberían asistir con paciencia y amor a su allegado, o por cuantos —como los médicos—, por su profesión específica, deberían cuidar al enfermo incluso en las condiciones terminales más penosas.”⁶²

En otro documento, titulado “*Declaración iura et bona sobre la eutanasia*” emitida por la Sagrada Congregación de la fe, se confirma la postura de la Iglesia Católica al respecto:

“Ahora bien, es necesario reafirmar con toda firmeza que nada ni nadie puede autorizar la muerte de un ser humano inocente, sea feto o embrión, niño o adulto, anciano, enfermo incurable o agonizante. Nadie además puede pedir este gesto homicida para sí mismo o para otros confiados a su responsabilidad ni puede consentirlo explícita o implícitamente. Ninguna autoridad puede legítimamente imponerlo ni permitirlo. Se trata en efecto de una violación de la ley divina, de una ofensa a la dignidad de la persona humana, de un crimen contra la vida, de un atentado contra la humanidad.”⁶³

Pero, pese a la opinión que la Iglesia Católica pudiera tener, se debe recordar que el Estado Mexicano es un Estado laico, porque así lo establece la Constitución Federal en su artículo 115⁶⁴, y sin negar que es del todo respetable que quienes profesen la religión católica puedan optar por obedecer al pie de la letra las reglas que ésta dicta, no es ello causa de obediencia para el resto de los ciudadanos del

⁶² Juan Pablo II, Op. Cit. EV66.

⁶³ Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe. *Declaración iura et bona sobre la eutanasia*. [en línea] Disponible en:

http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_19800505_euthanasia_sp.html

⁶⁴ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Estado; ni siquiera para los creyentes que deseen optar por un actuar distinto al ordenado, pues ante todo, la conducta del ser humano es libre, y esta libertad no puede ser coartada por ninguna religión.

Es visto además, que aún las personas que profesan la religión católica, están a favor de la eutanasia, muy por encima de otras religiones, como la judía, por ejemplo.

CAPÍTULO III

DERECHO A UNA MUERTE DIGNA: LA NECESIDAD DE LA REGULACIÓN DE LA EUTANASIA Y EL SUICIDIO ASISTIDO EN MÉXICO

“Los países libres son aquellos en los que son respetados los derechos del hombre y donde las leyes, por consiguiente, son justas.”

Maximilian Robespierre

3.1 La eutanasia en la legislación mexicana.

El concepto de eutanasia no se encuentra previsto en nuestra legislación, si bien es un término que se ha formulado a la luz de las diversas disciplinas que han abordado el tema de la muerte digna, su conceptualización no puede ser propiamente jurídica, al menos en el marco de las leyes interna del país.

La eutanasia pretende ser un supuesto habilitador para facilitar o procurar la muerte en supuestos muy específicos, por lo que nuestra legislación al no permitir tales supuestos sigue previendo como una conducta típica, antijurídica, culpable y punible a la eutanasia y al suicidio médicamente asistido.

En este tenor es conveniente tener en cuenta los tipos penales federales, que llegado el momento de la discusión de su reforma en México, deben tenerse presentes:

“Artículo 312.- El que prestare auxilio o indujere a otro para que se suicide, será castigado con la pena de uno a cinco años de prisión; si se lo prestare hasta el punto de ejecutar él mismo la muerte, la prisión será de cuatro a doce años.”⁶⁵

De esta disposición legal se derivan dos modalidades:

- Suicidio asistido: Prestar auxilio o inducir a otro para que se suicide.
- Homicidio consentido: Prestar auxilio al suicida al punto de intervenir directamente en el acto.

Es importante resaltar que el suicidio no está penado, aún si no se llega a su consumación, pues el derecho a disponer sobre el propio cuerpo y la vida deriva de la autonomía individual que es el ámbito absoluto de disposición personal y que por lo tanto, no puede ser perturbado por un tercero, ni siquiera por el Estado. Caso distinto es el del suicidio asistido u homicidio consentido, en el que el

⁶⁵ Código Penal Federal de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 312.

legislador ha estimado, que se está disponiendo de la vida de un tercero, siendo que la vida es un bien jurídico tutelado por la Ley, que goza de la máxima protección por parte de nuestro Derecho.

En este sentido las preguntas que cabrían en un debate sobre la eutanasia en México, al igual que ha acontecido en otros países, es si es necesario introducir en el ordenamiento jurídico del país una norma que permita a determinados sujetos, en circunstancias específicas poder dar muerte o asistir a otro sujeto que haya decidido libremente optar por la terminación de su vida.

Jurisprudencialmente hablando, tampoco existen precedentes establecidos por Tribunales o por la Suprema Corte de Justicia de la Nación en sentido positivo, simplemente reafirmando e interpretando lo ya establecido por el artículo 312 del Código Penal Federal, como se muestra en la siguiente tesis aislada en materia penal con el registro 263816:

“SUICIDIO. HOMICIDIO SOLICITADO.

El suicidio, "acto por el que una persona se priva voluntariamente de la vida", no es delito, ni cuando se consuma ni cuando se frustra, pero la participación de otros en el suicidio ajeno, sí lo es. Así pues, analizando la parte final del artículo 312 del Código Penal, en el sentido de que la participación material tan completa que realiza una persona hasta el punto de causar la muerte de otro, determina la represión penal, a virtud de que nuestra legislación no prevé, como causa que excluye la incriminación, tal participación en el delito, independientemente del consentimiento de la víctima, pues sin desconocer que, con arreglo a la doctrina la que por cierto sustentan otras legislaciones, el consentimiento del ofendido constituye el ejemplo clásico de la exclusión de lo injusto con arreglo al principio de la ausencia del interés, a virtud de que supone el abandono consciente de los intereses por parte del que legítimamente tiene la facultad de disponer sobre el bien jurídico protegido, lo cierto es que, conforme a nuestra legislación, quien presta auxilio o cooperación a la víctima que desea privarse de la vida, hasta el punto de que el agente partícipe realice materialmente la acción eficiente para la privación de la vida, tal conducta es objeto de represión penal, a virtud de que comete el delito de homicidio, quien priva de la vida a una persona.

Amparo directo 1926/57. Honorio Ruiz Alba. 22 de agosto de 1958. Unanimidad de cuatro votos. Ponente: Luis Chico Goerne.”⁶⁶

⁶⁶ “Suicidio. Homicidio Calificado.” *Semanario Judicial de la Federación*, Sexta Época, registro 263816, Primera Sala, Segunda Parte, XIV, página 219, tesis aislada.

En la presente investigación se considera que antes de pensar en la forma de introducir la eutanasia o el suicidio médicamente asistido es menester conocer si la sociedad mexicana lo considera una necesidad real. Ante la opción del otorgamiento del Documento de Voluntad Anticipada ha existido poca participación e interés por parte de los mexicanos, por lo que parecería que la respuesta es negativa.

Con el fin de conocer la opinión de los mexicanos al respecto, la ONG “Por el Derecho a Morir con Dignidad A.C.” bajo la presidencia de la Dra. Amparo Espinosa Rugarcía, realizó en 2015 la “Primera Encuesta Nacional por el Derecho a Morir con Dignidad A.C.”, en la cual, se entrevistaron a diversos grupos poblacionales a lo largo del país, con el objetivo de conocer su sentir al respecto de dichos temas. Esta información será analizada más adelante.

3.2 La eutanasia y el SMA en diferentes países y sus normativas

En múltiples ordenamientos, la eutanasia, homicidio por piedad o suicidio asistido han pasado a integrar el marco normativo de distintos países, no como un derecho del paciente, sino como una exigencia para aquél que lo realiza, al existir consentimiento directo por parte del paciente o enfermo, siendo éste último una persona capaz, mayor de edad que sufre un padecimiento intratable por la medicina, siendo la propia norma la que genera un supuesto de exclusión de responsabilidad, sea como causa de atenuación positiva o incluso como causa de atipicidad.

Otra característica relevante en esta materia es que, la legalización en la mayoría de los países no ha iniciado por el procedo legislativo, sino a través de precedentes de orden judicial que han expulsado aquellas normas prohibitivas que pudieran resultar inconstitucionales, o bien, a través de sentencias aditivas o interpretativas que han dado una nueva dimensión a la norma que abre espacio a la eutanasia y a partir de casos concretos se abre el debate político y legislativo que concluye con una legislación. Así sucedió en Colombia, Holanda y Japón.

Es necesario para los fines de la presente investigación revisar la legislación de algunos países que han regulado la práctica de la eutanasia o el SMA, con distintos alcances cada una:

Holanda

La eutanasia ha sido consolidada en esta nación donde más del 80 por ciento de su población se encuentra de acuerdo con dicha práctica y contrariamente a lo que pudiera pensarse, tanto la iglesia católica como la

protestante la apoyan también socorriendo en sus últimos momentos a los pacientes creyentes que eligen esta forma de terminar con su vida.

Si bien, como nos recuerda Peter Singer: “La experiencia holandesa con la eutanasia puede no ser fácilmente reproducible en otros países, (...) Holanda es un Estado de bienestar que proporciona un alto nivel de asistencia médica y social a todos sus ciudadanos”⁶⁷.

En el año 2001 se aprobó la Ley de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio del Suicidio, en vigor desde el 1 de abril de 2002, que establece los requisitos que eximen de punibilidad a la eutanasia, si bien en el Código Penal sigue prohibida:

*“Art. 293: El que disponga de la vida de otro, respondiendo a una petición seria y explícita de éste, será castigado con pena de cárcel de hasta 12 años y multa. No será punible si la acción la ha llevado a cabo un médico cumpliendo los requisitos del artículo 2 de la Ley de comprobación de la finalización de la vida a petición propia y del auxilio al suicidio, y esto lo ha comunicado al forense municipal.”*⁶⁸

Dichos requisitos se enuncian claramente a continuación:

“Artículo 2

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, o sea, que es plenamente capaz y se ha reiterado en su voluntad. Ésta puede haber sido 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 corroborado el cumplimiento de los requisitos. En caso de sufrimiento psicológico se tienen que consultar dos médicos. Los médicos consultores tienen que ver al enfermo y elaborar un informe por escrito sobre la situación.*
6. *Que la realización de la eutanasia o auxilio al suicidio se haga con el máximo cuidado y profesionalidad.”*⁶⁹

El médico forense comunicará, una vez satisfechos los requisitos solicitados por Ley, a la Comisión Regional de Comprobación, que está conformada por al menos un jurista, un médico y un experto en ética, quienes llevan un registro de casos y

⁶⁷ Singer, Peter. Op. Cit (1997), p.159-160.

⁶⁸ Ley de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio del Suicidio.

⁶⁹ Idem.

realizan un informe de manera anual, mismo que se entrega a los ministerios de Justicia y Sanidad.

Las funciones de esta Comisión son las siguientes:

- Valorar el cumplimiento de los requisitos.
- Solicitar información complementaria al médico.
- Emitir un dictamen aprobado por mayoría simple de los miembros, mismo que se trasladará al médico y simultáneamente al fiscal en caso de incumplimiento de los requisitos.⁷⁰

La ley holandesa ha sido altamente cuestionada debido a que no es necesario que el paciente que solicita la eutanasia o suicidio asistido, padezca una enfermedad terminal o mortal, sino únicamente un padecimiento sin posibilidad de mejoría, es decir, se incluyen padecimientos psicológicos-psiquiátricos dentro de los motivos por los que una persona puede expresar su deseo de morir. Así sucedió en el año 2015, con una joven, identificada únicamente con el registro 2015-64, quien a sus veinte años de edad, solicitó la asistencia para el suicidio, pues desde los cinco, hasta los quince años de edad fue víctima de abusos sexuales, edad a la que comenzó tratamiento médico y psiquiátrico. Sin embargo, la joven sufría estrés postraumático, diversos trastornos mentales, anorexia severa, depresión crónica, alucinaciones, acciones compulsivas, auto mutilación y tendencias suicidas.

Los especialistas llegaron a la conclusión de que no había pronóstico de mejora para ella, por lo que se le asistió en el suicidio que ella autorizó expresamente.⁷¹

Bélgica⁷²

En mayo de 2002 Bélgica aprobó una ley que despenalizó la eutanasia.

Los requisitos para llevar a cabo la eutanasia previos a la reforma legislativa en 2014 eran los siguientes:

1. Que el paciente sea mayor de edad o menor emancipado, capaz y consciente de su petición.

⁷⁰ Derecho a Morir Dignamente, Asociación Federal. *Eutanasia y Derecho Asistido en el Mundo* [en línea]. Disponible en: http://www.eutanasia.ws/eutanasia_mundo.html.

⁷¹ Rachidi, Imane. “*La eutanasia se populariza en Holanda: los suicidios asistidos se triplican en una década*”, Periódico El Confidencial [en línea], jueves 26 de mayo de 2016. Disponible en: http://www.elconfidencial.com/mundo/2016-05-26/eutanasia-holanda-numero-suicidios-asistidos-triple_1205437/

⁷² Derecho a Morir Dignamente, Asociación Federal. Op. Cit. Disponible en: http://www.eutanasia.ws/eutanasia_mundo.html.

2. Que la petición sea voluntaria, reflexionada y reiterada sin presiones exteriores manifestando en un documento su voluntad anticipada cuya vigencia debe ser menor a cinco años.
3. Que aqueje al paciente un padecimiento físico o psíquico constante e insuperable.

Posterior a la reforma, los menores de edad que padezcan enfermedades intratables, con el consentimiento explícito de sus padres o tutores pueden solicitar la eutanasia. Éste es el único país donde una persona de cualquier edad puede solicitar dicha práctica. En Holanda, la edad mínima para pedirla es de 12 años.

Para que se le aplique la eutanasia, el menor debe padecer una enfermedad terminal, con dolor físico constante e insoportable imposible de atenuar o aliviar y cuya muerte sea inminente, indica la ley belga.

El 18 de septiembre, a un joven de 17 años se le llevó a práctica el suicidio asistido con la ayuda de un médico, es el primer menor de edad en realizarlo en dicho país.⁷³

Antes de la aplicación de la eutanasia es deber del médico tratante:

1. Informar al paciente sobre la existencia de cuidados paliativos.
2. Reiterar el diálogo en los plazos de tiempo razonables.
3. Consultar a otro médico independiente que tiene que visitar al paciente y redactar un informe que esté de acuerdo o en desacuerdo con las primeras valoraciones.
4. Recopilar información del equipo cuidador si es que existe.
5. Procurar que el enfermo consulte con otras personas de su entorno.
6. Dejar pasar un mes entre la petición y la realización de la eutanasia

Después de practicar la eutanasia, el médico debe enviar a la Comisión Federal de Control y Evaluación (CFCE), en un plazo de hasta cuatro días, la documentación completa firmada por ocho médicos, (cuatro de estos deben ser profesores universitarios), cuatro profesores universitarios de derecho y cuatro personas que provengan del entorno de pacientes que sufren enfermedades incurables.

⁷³ S/A. "Reportan primer suicidio asistido de un menor de edad en Bélgica." Periódico La Jornada, domingo, 18 de septiembre de 2016, p. 31

Luxemburgo⁷⁴

En febrero de 2008 Luxemburgo se convirtió en el tercer país del mundo en despenalizar la eutanasia, aprobando la Ley de Cuidados Paliativos, Eutanasia y Asistencia al Suicidio, tras una votación en el Parlamento muy cerrada con 30 votos a favor y 26 en contra.

Japón⁷⁵

En el año 2005 se aprobó en Japón la eutanasia con base en precedentes jurisprudenciales emitidos por la Suprema Corte, en un asunto conocido como el Caso de Nagoya, en el cual, a petición expresa de su padre, un enfermo terminal, un joven le dio veneno a su madre, por lo que fue sentenciado a cuatro años de prisión pero la Suprema Corte suspendió tres de ellos. Por esta causa la Corte adoptó los criterios que deben regular la eutanasia:

1. La situación del paciente debe ser incurable.
2. La muerte del paciente debe ser inminente.
3. Los dolores que éste sufra no tienen posibilidad de ser atenuados.
4. La muerte del paciente debe ser una forma de otorgarle alivio moral.
5. La petición de morir debe ser expresa por parte del enfermo.
6. La eutanasia debe realizarse por un médico.
7. Deben tomarse todas las prevenciones éticas posibles.

Suiza⁷⁶

En este país la eutanasia es un delito salvo la reunión de ciertas circunstancias:

Artículo 114: Muerte a solicitud de la víctima (Tötung auf Verlangen).

“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 cinco años a una sanción pecuniaria.”

Así pues, el sujeto activo que por los requisitos antes mencionados provoque la muerte a una persona será castigada con una sanción poco severa, llegando a la sanción monetaria.

⁷⁴ Bioética Web. “Luxemburgo, tercer país de la UE en legalizar la eutanasia” [en línea]. Disponible en <http://www.bioeticaweb.com/luxemburgo-tercer-paass-de-la-ue-que-legaliza-la-eutanasia/>

⁷⁵ Valadés, Diego. Op. Cit., p. 109.

⁷⁶ Idem, p. 110.

“Artículo 115: Incitación y asistencia al suicidio (Verleitung und zum Beihilfe Selbstmord)

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

Si bien, la incitación al suicidio o el auxilio para su realización puede ser por motivos personales también puede auxiliarse de forma compasiva, siendo ligeramente más grave la sanción pero benévola comparada con otras legislaciones.

Uno de los puntos más controvertidos de esta legislación radica en el hecho de que no es requisito que exista una enfermedad que justifique la decisión de una persona para terminar con su vida o colaborar con ella para que lo consiga. La ayuda para morir se considera legítima y se permite siempre y cuando se ofrezca por motivos altruistas. La persona que colabora con el que desea el suicidio no necesita ser un médico, ya que los motivos para quitarse la vida no provienen forzosamente de enfermedades o condiciones médicas.

Suiza cuenta con cuatro organizaciones no gubernamentales que ofrecen estos servicios: EXIT, que actúa en los sitios de habla germánica e italiana; AMD para territorios franceses, así como DIGNITAS y ETERNAL SPIRIT, que auxilian a personas extranjeras que acuden a Suiza para recibir asistencia en el suicidio, conocido popularmente como “Turismo de la Muerte”.

Estados Unidos

Oregón y California

En 1994 se aprobó por referéndum, con el 51% de los votos, la Oregon Death with Dignity Act. Una despenalización muy tímida de conductas eutanásicas, muy alejada de la legislación belga u holandesa, que permite a los médicos recetar a sus pacientes un fármaco letal siempre que el pronóstico de vida sea inferior a los seis meses y que sea el paciente quien se quite la vida, es decir, se autoriza el suicidio médicamente asistido.⁷⁷

⁷⁷ *The Oregon Death With Dignity Act*. [en línea]. Disponible en: <https://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Pages/ors.aspx>.

En junio del presente año, en California entró en vigor la ley End of Life Option, que permite a los residentes de ese estado recibir por parte de su médico la prescripción de un medicamento letal.⁷⁸

Vermont

En 2013 fue aprobada la *End of Live Choices*, ley mediante la cual, cualquier persona mayor de 18 años y que padezca una “una enfermedad incurable e irreversible”, con una esperanza de vida máxima de seis meses puede recibir la prescripción de medicamentos para llevar a cabo suicidio médicamente asistido.

Los requisitos son la aprobación de al menos dos doctores, la solicitud previa del paciente con un mínimo de 48 horas previas al suicidio de forma oral y escrita, así como la presencia de la petición por parte de dos personas ajenas al hospital o al paciente.⁷⁹

Washington

En el año 2009, se aprobó en éste estado una ley idéntica a la que rige el estado de Oregón en cuanto a suicidio médicamente asistido.⁸⁰

Montana

En 2010 el Tribunal Supremo de Montana sentenció la legalidad del suicidio asistido en el estado, siendo el tercero del país en legalizarlo. Sin embargo, negó que fuera un derecho constitucional.⁸¹

Canadá

El 5 de junio de 2014 la Asamblea Nacional de Québec aprobó la Ley Medical Assistance in Dying, cuya propuesta fue enviada por el Primer Ministro Justin Trudeau para su aprobación y que prevé los cuidados paliativos al final de la vida, la sedación paliativa y la ayuda médica para morir.

⁷⁸ Compassion and Choices. *California End Of Life Option Act To Take Effect* [en línea]. Disponible en: <https://www.compassionandchoices.org/california-end-of-life-option-act-to-take-effect-tomorrow/>

⁷⁹ García, Carolina. “*Vermont Legaliza el Suicidio Asistido*”. Periódico El País [en línea]. 22 de mayo de 2013. Disponible en: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/05/22/actualidad/1369250838_710238.html

⁸⁰ Grau, Anna. “*Legalizan el Suicidio Asistido en el estado de Washington*”. Periódico ABC [en línea]. 05 de marzo de 2009. Disponible en: http://www.abc.es/hemeroteca/historico-05-03-2009/abc/Internacional/legalizan-el-suicidio-asistido-en-el-estado-de-washington_913571327249.html

⁸¹ S/A. *El Tribunal Supremo de Montana Confirma la Legalidad del Suicidio Asistido* [en línea]. 01 de enero de 2010. Disponible en: <http://m.ultimahora.com/el-tribunal-supremo-montana-confirma-la-legalidad-del-suicidio-asistido-n286919.html>

La persona que solicite la asistencia para el suicidio debe gozar plenamente de sus capacidades mentales, ser mayor de 18 años, padecer una enfermedad grave, sin posibilidad de cura y en estado de deterioro irreversible de sus funciones.⁸²

Colombia

A partir de la Sentencia C-239/97 emitida con fecha 20 de mayo de 1997 por la Corte Constitucional de Colombia. Según dicha sentencia, siempre que el sujeto tenga el padecimiento de una enfermedad terminal con dolores insoportables:

“El Estado no puede oponerse a la decisión del individuo que no desea seguir viviendo y que solicita le ayuden a morir, cuando sufre una enfermedad terminal que le produce dolores insoportables, incompatibles con su idea de dignidad. Por consiguiente, si un enfermo terminal que se encuentra en las condiciones objetivas que plantea el Código Penal considera que su vida debe concluir, porque la juzga incompatible con su dignidad, puede proceder en consecuencia, en ejercicio de su libertad, sin que el Estado esté habilitado para oponerse a su designio, ni impedir, a través de la prohibición o de la sanción, que un tercero le ayude a hacer uso de su opción. No se trata de restarle importancia al deber del Estado de proteger la vida sino, de reconocer que esta obligación no se traduce en la preservación de la vida sólo como hecho biológico.”⁸³

Esto implica que si el enfermo terminal decide terminar sus días debido a su sufrimiento y considera que continuar su vida de esa forma, menoscaba su dignidad humana, es totalmente viable que solicite ayuda para morir. Esto se conoce como “Homicidio por piedad” u “Homicidio Pietístico”.

Posteriormente, la resolución 1216 de 2015, emitida por el Ministerio de Salud y Protección Social reglamenta el derecho a morir con dignidad.

De esta manera, el primer caso de aplicación de la ayuda para morir hacia un enfermo terminal ocurrió el viernes 3 de julio del año 2015⁸⁴, cuando al señor Ovidio González, de 79 años, se le aplicó una sustancia letal que terminaría con su vida; después de padecer por varios años de una rara forma de cáncer que carcome la piel de su rostro y luego de una serie de inconsistencias y trabas que ocasionaron la cancelación del procedimiento un mes antes, debido a que el

⁸² Redacción. “*Canadá anuncia ley de suicidio asistido*”. Periódico El Financiero [en línea]. 14 de abril de 2016. Disponible en: <http://www.elfinanciero.com.mx/mundo/canada-presenta-ley-de-suicidio-asistido.html>

⁸³ Corte Constitucional de Colombia, *Sentencia C-239/97*, 20 de mayo de 1998.

⁸⁴ Redacción. “*Ovidio González se convierte en la primera persona sometida a eutanasia en Colombia*”. BBC Mundo [en línea]. 3 de julio de 2015. Disponible en: http://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/07/150703_eutanasia_ovidio_gonzalez_colombia_cch

oncólogo Juan Paulo Cardona argumentó que el caso no cumplía con las guías del Ministerio de Salud.

Según el médico, si bien el cáncer de Ovidio González no tenía cura, era "un paciente muy funcional" y aseguraba que la enfermedad no suponía su muerte inmediata.

3.3 La ley de voluntad anticipada como primer paso hacia una legalización de la eutanasia.

En el país las Voluntades Anticipadas se regularon por primera vez en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal en el año 2008. Era un ordenamiento de orden público e interés social, que tenía por objeto establecer y regular las normas, requisitos y formas de realización de la voluntad de cualquier persona con capacidad de ejercicio, respecto a la negativa de someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos que pretendan prolongar de manera innecesaria su vida, protegiendo en todo momento la dignidad de la persona, cuando por razones médicas, fortuitas o de fuerza mayor, sea imposible mantener su vida de manera natural.

Posteriormente en el año 2009, se reformó la Ley General de Salud, incorporándose el Título Octavo Bis denominado "De los Cuidados Paliativos a los Enfermos en Situación Terminal", mismo que contiene cuatro capítulos, uno de los cuales se refiere a los derechos de los enfermos en situación terminal y contempla el derecho a otorgar un documento de Voluntad Anticipada, estableciendo lo siguiente:

"Artículo 166 Bis 4: Toda persona mayor de edad, en pleno uso de sus facultades mentales, puede, en cualquier momento e independientemente de su estado de salud, expresar su voluntad por escrito ante dos testigos, de recibir o no cualquier tratamiento, en caso de que llegase a padecer una enfermedad y estar en situación terminal y no le sea posible manifestar dicha voluntad. Dicho documento podrá ser revocado en cualquier momento.

Para que sea válida la disposición de voluntad referida en el párrafo anterior, deberá apegarse a lo dispuesto en la presente Ley y demás disposiciones aplicables."⁸⁵

Asimismo también se previó la situación de los menores de edad:

⁸⁵ Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal.

“Artículo 166 Bis 8: Si el enfermo en situación terminal es menor de edad, o se encuentra incapacitado para expresar su voluntad, las decisiones derivadas de los derechos señalados en este título, serán asumidos por los padres o el tutor y a falta de estos por su representante legal, persona de su confianza mayor de edad o juez de conformidad con las disposiciones aplicables.”⁸⁶

En el año 2012 la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal fue reformada sustancialmente y se suprimió la facultad de los padres, tutores o familiares cercanos de este tipo de pacientes para otorgar el documento en su representación.

Las legislaciones locales en México tienen en común:

- a) Que tienen por objeto regular el derecho de toda persona a otorgar el Documento de Voluntad Anticipada, como garantía para decidir respecto a tratamientos médicos que desea o no recibir en caso de enfermedad terminal.
- b) Se circunscriben a la enfermedad terminal, dejando de lado las situaciones o enfermedades críticas.
- c) Sólo pueden suscribir el documento personas con capacidad de ejercicio. Se prevé que en el caso de los menores de edad o incapaces suscriban sus representantes legales.
- d) Se establecen formalidades para su otorgamiento. Como regla general ante Notario y en caso de excepción cuando el paciente no pueda acudir ante Notario, se puede otorgar ante el personal de salud correspondiente y dos testigos en el documento que emita la Secretaría de Salud (Formato de Voluntad Anticipada).

Diferencias entre las legislaciones:

- a) Ni la Ley del Distrito Federal (CDMX) ni la de Tabasco contemplan la posibilidad de que los menores o incapaces puedan otorgar el Documento de Voluntad Anticipada a través de sus representantes legales.
- b) La única Ley que no sólo contempla la enfermedad terminal, sino aquella derivada de accidentes es la de Coahuila, aunque también es la única que no considera la donación de órganos.
- c) En las distintas legislaciones se establecen diversas acepciones para el Documento de Voluntad Anticipada, dependiendo de la formalidad seguida para su otorgamiento (documento, acta, formato), lo cual es fuente de inseguridad jurídica tanto para el paciente como para el equipo médico.
- d) La Ley de San Luis Potosí sólo permite el otorgamiento del Documento de Voluntad Anticipada ante Notario y no prevé excepciones.
- e) Respecto al registro se plantean distintos sistemas, algunos dependientes de las Secretarías de Salud locales, otros mediante sistemas digitalizados como el caso del Estado de México. Los legisladores de Guerrero,

⁸⁶ Idem.

Michoacán y Tabasco no establecen nada relativo al registro de los Documentos de Voluntad Anticipada.

Las voluntades anticipadas han ingresado en nuestros ordenamientos jurídicos de forma muy reciente, por lo que hoy en día se observan problemas derivados de su configuración y ejecución, que nos llevan a pensar que los ordenamientos que están regulando la voluntad anticipada son perfectibles.

Resulta necesaria una reforma a la Ley General de Salud para que se incorporen adicionalmente criterios generales y requisitos mínimos establecidos actualmente en dicho ordenamiento; es menester también la creación de un registro nacional de Voluntades Anticipadas y se establezcan mecanismos para la resolución de controversias.

El porcentaje de personas que han otorgado su Documento de Voluntad Anticipada es muy bajo, esto debido principalmente a la falta de conocimiento de la Ley, así como a la falta de cultura de previsión, en temas relacionados con la muerte, en el mexicano, por lo que se requiere, antes que nada, abrir el debate y eliminar el tabú que existe sobre el tema, posterior a la creación de campañas de promoción y difusión ante la población, acerca de la importancia y los beneficios de crear un Documento de Voluntad Anticipada.

A continuación se muestra un ejemplo de formato para presentar el D.V.A., sin embargo es perfectible y debe adaptarse a las necesidades y deseos de cada individuo o paciente.

DOCUMENTO DE VOLUNTAD ANTICIPADA

A mi familia, a mis doctores, a cualquier persona o institución responsable de la asistencia en mi padecimiento.

Manifiesto mi clara y expresa voluntad ante la posibilidad de no poder tomar parte en las decisiones que me conciernan en el caso de una situación sin esperanza para tratar o curar mi padecimiento –sea por limitaciones físicas o mentales que me hagan perder mi autonomía–, se disponga lo siguiente:

Que no reciba ni resucitación, ni reanimación, ni apoyos de vida artificial; que no se utilicen tratamientos, medicamentos o medios extraordinarios que tengan por objeto prolongar mi vida; y que se me suministren los cuidados paliativos necesarios para aliviar mi sufrimiento, las medidas mínimas ordinarias y tanatológicas, y la sedación controlada si fuera necesario.

Con limitaciones me refiero a los siguientes estados clínicos:

- Daño cerebral severo e irreversible, por accidente vascular cerebral, por infarto, hemorragia, derrame, oclusión vascular.
- Tumor maligno diseminado en fase avanzada.
- Enfermedad degenerativa del sistema nervioso o del sistema muscular en fase avanzada, con importante limitación de mi movilidad, y falta de respuesta positiva al tratamiento específico si lo hubiere.
- Demencias preseniles, seniles o similares.
- Enfermedades o situaciones de gravedad en etapa degenerativa, crónica, terminal y/o irreversible comparables a las anteriores.
- Otras [especificar si así se desea].

DATOS DEL DECLARANTE

- Nombre:
- Sexo.
- CURP.
- Fecha de nacimiento.
- Lugar de nacimiento.
- Nacionalidad.

EN CASO DE SER

A) EXTRANJERO:

- Documento migratorio N°.
- Condición de estancia.
- N° y fecha de oficio. (Anexar copia del documento).

B) MEXICANO POR NATURALIZACIÓN:

- Carta N°.
- Fecha de carta. (Anexar copia de la carta).

C) MEXICANO HIJO DE EXTRANJEROS:

- Certificado de Nacionalidad Mexicana N°.
- Fecha del certificado. (Anexar copia del certificado).

- Nombre de la madre
- Nombre del padre
- Estado civil

- Descendencia
- Ocupación
- Domicilio
- Teléfono
- Correo electrónico

Señalar Si el declarante puede:

- Ver
- Oír
- Hablar
- Leer
- Escribir

NOMBRAMIENTO DEL REPRESENTANTE

Designo como mi representante para que vigile el cumplimiento de las instrucciones sobre el final de mi vida expresadas en este documento, y tome las decisiones necesarias para tal fin a:

- Nombre(s)
- Apellido(s)
- Nacionalidad
- Lugar de nacimiento
- Fecha de nacimiento
- Estado Civil
- Datos de localización
- Domicilio
- Teléfono
- Correo electrónico
- Ocupación
- CURP

Señalar si el representante puede:

- Ver
- Oír
- Hablar
- Escribir

NOMBRAMIENTO DEL REPRESENTANTE SUSTITUTO

- Nombres
- Apellidos
- Nacionalidad
- Lugar de nacimiento
- Fecha de nacimiento
- Estado Civil
- Datos de localización

- Domicilio
- Teléfono
- Correo electrónico
- Ocupación
- CURP

Señalar si el representante puede:

- Ver
- Oír
- Hablar
- Escribir

DONACIÓN DE ÓRGANOS

Deseo manifestar mi intención de donar todos aquellos órganos o componentes de mi cuerpo, que en términos de la legislación aplicable sean susceptibles de ser disponibles en el momento de mi muerte.

Sí

No

SOBRE LA DISPOSICIÓN DE MI CUERPO

Deseo que se disponga de mi cuerpo después de mi muerte de la siguiente manera:

- a) Cremación
- b) Entierro

Detalles adicionales:

¿Es el primer documento de voluntad anticipada que otorga?

Sí

No

*En caso de no ser el primero, favor de llevar a la notaría el último otorgado.

FIRMA DEL QUE SUSCRIBE.

3.4 Conceptos que se deben tener en cuenta para otorgar el Documento de Voluntad Anticipada⁸⁷

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

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

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

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

- a) Presenta diagnóstico de enfermedad avanzada, irreversible, incurable, progresiva y/o degenerativa;
- b) Imposibilidad de respuesta a tratamiento específico; y/o
- c) Presencia de numerosos problemas y síntomas, secundarios o subsecuentes;

Formato de Voluntad Anticipada: Es el Formato oficial emitido por la Secretaría en el que cualquier enfermo en etapa terminal o suscriptor, manifiesta ante el personal de salud de la Unidad Médica Hospitalaria o Institución Privada de Salud, la petición libre, consciente, seria, inequívoca y reiterada de no someterse a medios, tratamientos y/o procedimientos médicos, que propicien la Obstinación Terapéutica.

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

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

Notario: Notario Público del Distrito Federal.

⁸⁷ Conceptos tomados de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal así como su Reglamento.

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

Ortotanasia: significa muerte correcta. Distingue entre curar y cuidar, sin provocar la muerte de manera activa, directa o indirecta, evitando la aplicación de medios, tratamientos y/o procedimientos médicos obstinados, desproporcionados o inútiles, procurando no menoscabar la dignidad del enfermo en etapa terminal, otorgando los Cuidados Paliativos, las Medidas Mínimas Ordinarias y Tanatológicas, y en su caso la Sedación Controlada.

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

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

Representante: Es la persona designada por el enfermo en etapa terminal o suscriptor para la revisión y confirmación de las disposiciones establecidas en el Documento o Formato de Voluntad Anticipada, la verificación del cumplimiento exacto e inequívoco de lo establecido en el mismo, la validez, la integración y notificación de los cambios que realicen los mismos.

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

Suscriptor: Es la persona autorizada por la Ley, que suscribe el Formato de Voluntad Anticipada, cuando el enfermo en etapa terminal se encuentre de manera inequívoca impedido para manifestar por sí mismo su voluntad; sea menor de edad o incapaz legalmente declarado.

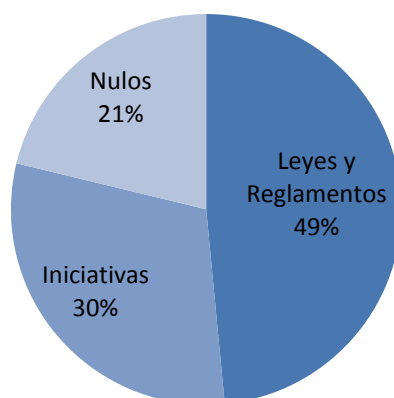
Tanatología: significa tratado o ciencia de la muerte. Consiste en la ayuda médica y psicológica brindada tanto al enfermo en etapa terminal como a los familiares de éste, a fin de comprender la situación y consecuencias de la aplicación de la Ortotanasia.

LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA EN MÉXICO

CONTENIDO	32 ESTADOS DE LA REPÚBLICA
Leyes y Reglamentos	16
Iniciativas	10
Nulos	7

N°	LEYES Y REGLAMENTOS	INICIATIVAS	NULOS
1	Aguascalientes	Baja California Norte	Baja California Sur
2	Coahuila	Chihuahua	Campeche
3	Colima	Jalisco	Chiapas
4	Ciudad de México	Morelos	Durango
5	Estado de México	Nuevo León	Sonora
6	Guanajuato	Puebla	Tlaxcala
7	Guerrero	Querétaro	Tamaulipas
8	Hidalgo	Tlaxcala	
9	Michoacán	Veracruz	
10	Nayarit	Zacatecas	
11	Oaxaca		
12	Quintana Roo		
13	San Luis Potosí		
14	Sinaloa		
15	Tabasco		
16	Yucatán		

LEY DE VOLUNTAD ANTICIPADA



3.4 Eutanasia: Tendencias predominantes en estudios de opinión

En abril de 2007, el Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, realizó el documento Eutanasia: tendencias predominantes en estudios de opinión⁸⁸ en el que se presentaron las posturas que arrojaron diferentes encuestas realizadas por diversas casas encuestadoras sobre el tema de la eutanasia.

Los principales resultados fueron los siguientes:

Fecha	Empresa	Reactivo Utilizado	Porcentaje de Respuesta
Mar. 2007	BGC, Ulises Beltrán y Asociados	“Piensa que la eutanasia es un asesinato”	70%
Mar. 2007	BGC, Ulises Beltrán y Asociados	“Piensa que la eutanasia es una práctica contra el Estado de Derecho porque atenta contra la vida”	67%
Mar. 2007	BGC, Ulises Beltrán y Asociados	“Está de acuerdo en permitir que se ayude a morir a una persona desahuciada o en fase terminal”	58%
Nov. 2006	Parametría	“Desaprueba que se termine con la vida de un paciente en caso de que un grupo de especialistas pruebe que su enfermedad no tiene cura”	46%
Nov. 2006	Parametría	“No es aceptable que un doctor permita morir a un paciente con una enfermedad incurable con una	48%

⁸⁸ Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública, *Eutanasia: tendencias predominantes en estudios de opinión*.

inyección o alguna droga”			
Nov. 2005	Ipsos-Bimsa	“Considera que la eutanasia es un pecado”	49%
Nov. 2005	Consulta Mitofsky	“Está de acuerdo en que se legalice la eutanasia en nuestro país”	64%
Oct. 2005	Consulta Mitofsky	“Está en desacuerdo con que la ley castigue a quien ayude o permita que muera un familiar de manera asistida a petición de éste”	58%
Oct. 2005	BGC, Ulises Beltrán y Asociados	“Está de acuerdo en permitir que se ayude a morir a una persona desahuciada o en fase terminal.”	55%
Oct. 2005	María de las Heras	“Está de acuerdo con que si se legaliza la eutanasia se puede dar lugar a una serie de asesinatos o abusos”	53%
Oct. 2005	María de las Heras	“Está de acuerdo con que la decisión de vivir con una enfermedad incurable, estar totalmente inhabilitado o tener derecho a pedir una muerte asistida sólo le corresponde al enfermo”	75%
Mayo 2005	Consulta Mitofsky	“Estaría de	56%

acuerdo con que
se legalizara la
muerte asistida en
México”

3.4.1 Encuesta General Social 2008

En febrero de 2008, Parametría S.A. de C.V. y el Colegio de México hicieron el levantamiento de una encuesta⁸⁹ a lo largo del país, donde se incluyó un módulo sobre el tema de la eutanasia. De acuerdo con los resultados hallados, seis de cada diez mexicanos se encuentran a favor de la eutanasia, siempre y cuando sea aplicada a personas que padezcan alguna enfermedad. Cabe resaltar que en el Distrito Federal (Ciudad de México), dos terceras partes de la población está a favor de ella, (únicamente 27% de la población encuestada se mostró en contra de la práctica) lo cual se reflejó en que el Distrito Federal haya sido pionero adoptando la Ley de Voluntad Anticipada en el año 2008.

Entre los resultados, se encontró que los jóvenes menores de 25 años tienen mayor aceptación que los adultos mayores. La diferencia de aceptación entre los adultos menores de 25 años y los mayores de 55 años, es de 26 puntos porcentuales (67%-41%). Así, entre más edad tienen los mexicanos, más en contra se muestran a terminar con la vida de alguien enfermo. La mitad de los adultos mayores a 56 años de oponen radicalmente a la eutanasia.

Por otra parte, casi el 50% de los mexicanos que se consideran muy apegados a su religión, desaprueba la eutanasia. Al contrario de quienes no se consideran creyentes, los cuales aprueban en un 75%, que se permita decidir a un paciente cuándo morir.

3.4.2 Estudios de opinión en Puebla, Tehuiztzingo y Ciudad de México, realizada por DMD México A.C.⁹⁰

Por el Derecho a Morir con Dignidad A.C. es una Organización sin fines de lucro, presidida por la Dra. Amparo Espinosa Rugarcía, cuyas acciones se orientan al logro de los siguientes objetivos:

1. Lograr que las personas puedan afrontar el proceso del final de su vida con plena autonomía. DMD trabaja para intentar garantizar el derecho a la autonomía del paciente, y así, pueda ejercer su derecho a morir con dignidad. (*Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*)

⁸⁹ Parametría A.C.

⁹⁰ Por el Derecho a Morir con Dignidad A.C. “Informe de Resultados del estudio de opinión sobre el derecho a morir con dignidad”. Investigación en Salud y Demografía INSAD S.C. México, julio de 2015.

adoptada por la Conferencia General de la UNESCO, el día 19 de octubre de 2005, en París).

2. Evitar la obstinación terapéutica que hoy, observamos, se practica con frecuencia.
3. Concientizar a la sociedad en general y al personal sanitario en particular de la necesidad de vincular la aplicación de los avances científicos y tecnológicos al campo de los derechos humanos.
4. Impulsar mecanismos que nos permitan ejercer nuestros derechos como pacientes y afrontar posibles dilemas éticos y problemas jurídicos. (Ejemplo: voluntades anticipadas, cuidados paliativos, comités de ética hospitalaria, formación bioética, despenalización de la eutanasia y de la asistencia médica para ayudar a morir, etc.).

Entre algunas de sus actividades se encuentran:

1. **Estudios y Análisis: Recopilación de información y análisis de datos, elaboración de encuestas y estudios sobre el derecho a morir con dignidad y temas relacionados.**
2. Comunicación: Divulgación de información para la sensibilización sobre las necesidades reales de los pacientes en el siglo XXI y de las demandas sociales respecto al derecho a morir con dignidad.
3. Información y Formación:
 - Informar y sensibilizar a los pacientes, al personal de salud y al público en general de sus derechos como paciente y su derecho a morir con dignidad, a través de Foros, Material Audiovisual, medios de comunicación, etc.
 - Ofrecer formación a través de la organización de cursos, seminarios, jornadas, congresos, sobre derechos de los pacientes en general, voluntades anticipadas en particular y temas relacionados destinados a profesionales de la salud y público en general.

En este orden de ideas, se realizaron 2 levantamientos de grupos de foco y una Encuesta Nacional.

El objetivo de la realización de los grupos de foco, previos a la Encuesta Nacional fue conocer la opinión de algunos sectores clave de la población mexicana, mediante un estudio cualitativo, sobre el derecho a morir con dignidad, de acuerdo

con las diferentes aristas y matices que involucra este tema, así como las principales razones que explican su postura.

La evaluación se llevó a cabo por medio de entrevistas a profundidad y grupos de enfoque. El trabajo de campo se realizó del 13 de mayo al 5 de junio de 2015.

En el Distrito Federal se hicieron 3 grupos mixtos con personas de tres rangos distintos de edad: de 18 a 34 años, 35 a 59 años y 60 o más años. Todos ellos de distintos estratos socioeconómicos.

En la ciudad de Puebla se hicieron 3 grupos mixtos con personas de de tres rangos distintos de edad: 18 a 34 años, 35 a 59 años y 60 o más años. Todos ellos de distintos estratos socioeconómicos.

En Tehuiztingo, Puebla, debido a que cuenta con características más rurales, entre ellas la determinación social de la vida adulta en términos de la unión conyugal temprana y por el hecho de ser madres o padres más que por la edad, se optó realizar un grupo focal con mujeres y otro con hombres.

En cuanto a los resultados es importante señalar que en relación a las actitudes de los participantes en general, no se detectan diferencias importantes entre los diferentes niveles socioeconómicos, sino en cuanto al nivel de estudios y al arraigo de las ideologías religiosas. Como lo expresan algunos de los encuestados, cuyos nombres permanecen en el anonimato, se encuentran en desacuerdo con estas prácticas y lo refieren de la siguiente manera: “Yo digo que no, que esperarí a morir sola hasta que me llegue la hora. Si Dios te da la vida, que él te la quite. Nosotros no somos nadie para decir cuándo.”⁹¹ O “El dolor purifica el alma y es un camino para alcanzar la vida eterna.”⁹²

Asimismo es notorio que existe desigualdad de condiciones en Tehuiztingo en comparación con el Distrito Federal y Puebla. La disparidad consiste en el acceso limitado a servicios médicos en la localidad y en el bajo nivel cultural de los hombres y mujeres que participaron en el estudio.

3.4.3 Informe del Estudio de Opinión de los médicos sobre el derecho a morir con dignidad, realizada por DMD México A.C.⁹³

Posteriormente al Estudio de opinión a la población en general, se consideró necesario conocer cuál era la postura de los médicos en cuanto a la muerte con dignidad, de forma “no oficial”, es decir, por ley, la eutanasia, el suicidio médicamente asistido o cualquier práctica tendiente a acortar la vida de un paciente es penada, por lo tanto era importante saber lo que los médicos opinaban

⁹¹ Idem. p.37.

⁹² Idem.

⁹³ Por el Derecho a Morir con Dignidad A.C. *Informe del estudio de opinión de los médicos sobre el derecho a morir con dignidad*. Investigación en Salud y Demografía INSAD S.C. México, 2015.

sin que se viera involucrada su identidad y puesta en peligro su libertad, su reputación entre la comunidad médica o el ejercicio de su profesión.

Las entrevistas se llevaron a cabo en la Ciudad de México y Puebla, con médicos especializados en diversas ramas, como oncología, neurocirugía, anestesiología, geriatría, cirugía, entre otros.

En total se realizaron trece encuestas, siete en la Ciudad de México en instituciones públicas y privadas y seis en la ciudad de Puebla en un hospital público.

La posición ante a la eutanasia y el suicidio asistido, en lo que respecta a la Ciudad de México y Puebla es dividida entre los médicos, pues algunos creen que los pacientes terminales deberían tener este derecho, externan que de esa manera se evita o acorta el sufrimiento y desgaste, tanto del enfermo como de su familia, siempre que la persona que reciba la eutanasia tenga pleno uso de sus facultades mentales. Así lo expresan: *“Yo sí estaría de acuerdo con la eutanasia totalmente, a mí no me gustaría tener una agonía prolongada porque mi corazón todavía resiste. A mí no me gustaría ver así ni a mi madre, a mi padre y a mis hermanos.”*⁹⁴.

La población médica que se muestra en contra de la eutanasia o suicidio médicamente asistido, establece su postura principalmente debido a sus creencias religiosas, su ética o porque sentirían tener la responsabilidad de la muerte de alguien, es decir, lo ven como un homicidio.

Como algunos manifiestan: *“Yo no la he practicado ni la practicaría, se basa en mi convicción religiosa”, “Como médico, lo que estás buscando es la preservación de la vida”, “La responsabilidad de la muerte no recae en el médico, no podemos quitar la vida. Yo no pondría una sustancia para que se muera, es una responsabilidad que no voy a asumir.”*⁹⁵

En cuanto a la Ley de Voluntad Anticipada, de los trece médicos entrevistados, todos los pertenecientes a la Ciudad de México y cuatro de la ciudad de Puebla están enterados de la existencia de dicha ley.

3.4.4 Primer Encuesta Nacional Sobre Muerte Digna 2016

Después del análisis y estudio de los resultados de los grupos de foco obtenidos en 2015, Insad S.C. entregó los resultados de la Primer Encuesta Nacional Sobre Muerte Digna 2016 a DMD México A.C.

La encuesta fue realizada en las 32 entidades federativas a la población mayor de edad (18 años en adelante) y la información fue recabada a lo largo de 42 días y

⁹⁴ Idem, p. 29.

⁹⁵ Idem, p. 32.

se centra en los 4 principales rubros de la muerte con dignidad: los cuidados paliativos, los Documentos de Voluntad Anticipada, la eutanasia y el suicidio médicamente asistido, si bien, con anterioridad se realizaron preguntas acerca de la muerte en general para que los encuestados fueran familiarizándose con el tema.

Los resultados graficados de cada pregunta fueron clasificados a su vez, para poder notar las diferencias de acuerdo a género del encuestado, área de residencia (rural o urbana), región, nivel de escolaridad, religión y grupos de edad aunque algunas preguntas tuvieron variables distintas a las antes mencionadas.

A continuación se muestran los principales resultados de la Encuesta realizada por DMD A.C. divididos y analizados de acuerdo con los módulos que INSAD S.C. realizó.

Opinión sobre si se debería tener la opción de decidir adelantar la muerte

En cuanto a la posibilidad de que un paciente terminal pudiera acceder a adelantar su muerte, sin mencionar mediante qué procedimiento, no se notaron diferencias significativas entre hombres y mujeres. El 69.7% y 66.9% de hombres y mujeres, respectivamente están de acuerdo, sin embargo, las diferencias en este módulo al igual que en los demás, radican principalmente en el área de residencia y religión.

Así, por área de residencia, en zona rural, la negativa es de un 46% del total de los entrevistados, mientras que tan sólo el 24.7% de la población urbana. Dichos resultados indican que el nivel socio económico, cultural y de educación tiene un alto impacto en la apertura ideológica de la población. La negativa a este módulo se obtuvo principalmente en la zona sur y sureste del país con un 44.3% de todas del total nacional en desacuerdo.

Un detalle de suma importancia es que **en la Ciudad de México, del total de encuestados, el 82.5% aprobaría esta opción.**

Otro punto a resaltar es que, de acuerdo a la religión que profesan los encuestados hay una diferencia enorme en cuanto a las respuestas afirmativas. Así pues, el 76.7% de las personas que no profesan religión alguna, están de acuerdo en poder adelantar la muerte de un paciente terminal, siendo seguidos, curiosamente, por los católicos, de los cuales el 68.8% se encuentran a favor. De ellos, los evangélicos y judíos (tomados entre los etiquetados como “otra religión” por el bajo índice de personas judías encuestadas) son los que desapruban más esta práctica.

Acuerdo o desacuerdo con la participación del médico por la decisión del paciente

Si bien la eutanasia es clasificada para fines doctrinarios únicamente, con el objeto de detallar las preguntas de la encuesta se le preguntó a la población la forma de participación del médico en cuanto a la forma de ayudar a morir al paciente.

Así pues, la pregunta: si un paciente en fase terminal lo pide, *¿estaría de acuerdo o en desacuerdo con que su médico lo ayude a morir suspendiendo el tratamiento que lo mantiene con vida?* se hace referencia a la **eutanasia pasiva**, ante lo cual observamos nuevamente que no hay gran diferencia por género y una vez más, sí existe un porcentaje considerable de personas a favor en zona urbana, con un 73.3% a favor y sólo un 26.7% en contra.

En cuanto al **suicidio asistido**, sin mencionar ese término, se hizo la siguiente pregunta a los encuestados: si un paciente en fase terminal lo pide *¿estaría de acuerdo o en desacuerdo con que su médico lo ayude a morir proporcionándole sustancias letales que el paciente tomaría por sí mismo?*, a lo que por género una vez más, el margen de diferencia es mínimo, donde el 59% y 54% de los hombres y mujeres está de acuerdo, respectivamente.

Nuevamente la zona urbana se muestra más abierta ante el tema, con un porcentaje a favor del 59.8% del total encuestado, contra un 54.7% en desacuerdo en zona rural. La zona sur y sureste del país es la que más en contra está, con un 51.3% del total frente a un 28.9% de la Ciudad de México en desacuerdo.

Refiriéndose a la **eutanasia activa**, se cuestionó a la población de la siguiente forma: si un paciente en fase terminal lo pide, *¿estaría de acuerdo o en desacuerdo con que su médico lo ayude a morir aplicándole directamente una dosis letal de medicamentos?* A lo que el 62.3% de la población residente en zona urbana se mostró conforme, un porcentaje mayor del que mostró esta misma población en cuanto al suicidio asistido médicamente. Se prefiere que el médico lleve a cabo la acción a que facilite los medios para que el propio paciente sea el que tome la sustancia letal.

La zona rural del país se mostró de acuerdo en menos de la mitad, con un 45.3%, pero al igual que la población urbana, se mostró más conforme con esta opción que con el suicidio asistido.

Las opiniones se muestran más cerradas porcentualmente al cuestionar a los encuestados sobre un paciente cuyo estado es de inconsciencia irreversible, es decir que, la decisión sobre la aplicación de la eutanasia recae sobre los familiares directamente.

Así, en este módulo se preguntó a los ciudadanos, *“Si los familiares solicitan al médico que le suspenda la hidratación y alimentación artificial, ¿estaría de acuerdo o en desacuerdo con que el médico lo haga?* Ante lo cual, el 57.2% de las personas residentes en zona urbana respondieron afirmativamente, contra un 43.3% de las personas en zonas rurales.

Ante la misma situación del paciente, pero preguntando “*Si los familiares solicitan al médico que suspenda otro tipo de tratamientos que lo mantienen con vida, ¿estaría de acuerdo o en desacuerdo con que el médico lo haga?*”, (es decir, respiradores artificiales, medicamentos, entre otros) la respuesta en zona rural se disminuye aún más pues el 57% de los encuestados se muestran en contra, mientras en zona urbana lo hacen el 40.2% de ellos.

Del análisis anterior podemos ver que un gran porcentaje de la población mexicana está a favor de las opciones al final de la vida para tener acceso a una muerte digna, si bien, algunas zonas del país se muestran reticentes aún, debido a cuestiones educativas, religiosas o socio culturales, es necesario que los legisladores tomen en cuenta la decisión de la mayoría de la ciudadanía, pues en una sociedad democrática, se debe legislar en torno a las necesidades y nuevos paradigmas que surjan, así como a la opinión de la representación mayor de personas.

CONSTITUCIÓN PARA LA CIUDAD DE MÉXICO Y EL DERECHO A MORIR CON DIGNIDAD

4.1 Asamblea Constituyente para la creación de la Constitución de la Ciudad de México y propuesta por DMD México sobre la autonomía del paciente

En virtud del proceso legislativo para la promulgación de la Constitución de la Ciudad de México, el día 28 de octubre de 2016 se envió al Diputado Constituyente Alejandro Encinas la siguiente propuesta en materia de autonomía y derechos de los pacientes.

*“**POR EL DERECHO A MORIR CON DIGNIDAD, AC –DMD-**, Asociación Civil que tiene por objeto promover un diálogo abierto y constructivo entre los mexicanos en torno al derecho a una muerte digna, y los cambios legales necesarios para garantizarla, con fundamento en lo dispuesto por el artículo 2 del Reglamento para el Gobierno Interior de la Asamblea Constituyente de la Ciudad de México, que establece la modalidad de parlamento abierto y el derecho de la ciudadanía a dar a conocer sus propuestas en torno a la redacción de la Constitución Política de la Ciudad de México, y en respuesta la Convocatoria publicada por la Asamblea del Constituyente Permanente el pasado viernes 7 de octubre en la Gaceta Parlamentaria, me permito someter a la consideración de esta H. Asamblea, la propuesta de modificación al artículo 14, Apartado F, párrafos 4 y 6 del PROYECTO DE CONSTITUCIÓN POLÍTICA DE LA CIUDAD DE MÉXICO (Proyecto) de 15 de septiembre de 2016, en términos de lo siguiente.*

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS.

I.- Propuesta de modificación al texto del Proyecto:

Se propone modificar el artículo 14, Apartado F, párrafos 4 y 6 del Proyecto, a efecto de sistematizar el contenido de ambos numerales e incluir en su redacción el Principio de Autonomía del Paciente y el Derecho a Morir con Dignidad, como categorías superiores que garantizan un mayor ámbito de protección y que a la postre permitan al legislador ordinario desarrollar cuerpos normativos en los que se precisen y regulen a detalle los derechos y obligaciones de los pacientes, usuarios y profesionales, de los centros y servicios sanitarios públicos y privados, así como los principios rectores, como ejes de interpretación y aplicación.

II.- Planteamiento conceptual:

El principio de la autonomía del paciente nace con la evolución de los sistemas sanitarios de los Estados y a partir del reconocimiento pleno del

Derecho a la Salud, que en su evolución máxima no sólo significa acceso a servicios médicos y medicamentos, sino una serie de derechos que derivan de la relación médico-paciente, que se ha venido transformando a partir del reconocimiento pleno de los derechos humanos.

*En el campo de la relación médico paciente, ésta evolución se avisa en el tránsito **de un sistema paternalista a un sistema de colaboración.***

En el primero los agentes sanitarios y en especial los médicos son los que definían qué era lo mejor para el paciente arguyendo que “siempre hay una buena razón en favor de una prohibición o de un mandato jurídico impuesto también en contra de la voluntad del destinatario de esa prohibición o mandato, cuando ello es necesario para evitar un daño a la persona a quien se impone esa medida”⁹⁶.

En el segundo, paulatinamente va tomado mayor fuerza la voluntad y opinión del paciente y a la luz de la cual se desarrollan una serie de derechos que dan contenido al principio de autonomía, el cual se erige en un elemento que cobra mayor relevancia en las legislaciones sanitarias, en este esquema “en la toma de decisiones, ambos han de trabajar conjuntamente para lograr el objetivo común: la curación, la mejoría, o el consuelo del enfermo”⁹⁷.

La autonomía del paciente es un principio de reciente cuño que ha ido evolucionando junto con la sociedad, en específico con motivo del desarrollo de los sistemas sanitarios a nivel global.

Decimos que se trata de un principio en tanto se trata de un estándar, que más allá de establecer un supuesto jurídico con su correlativa consecuencia⁹⁸, es un mandato general que marca un objetivo que ha de ser alcanzado por el marco normativo en una determinada época y circunstancia.

En este sentido, el principio de autonomía del paciente, además de constituir un estándar o mandato de optimización al que deben tender las sociedades, sobre todo aquellos Estados Constitucionales que parten del reconocimiento pleno de los derechos humanos, constituye un principio en el que confluyen

⁹⁶ VAZQUEZ Rodolfo. Algo más Sobre Suicidio Asistido y Eutanasia. Consultado en <http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/j86.pdf>

⁹⁷ MARTÍNEZ Otero, Juan María, Autonomía e Información de los Pacientes: Del Reconocimiento de Derechos a la Pérdida de Confianza. Reflexiones con Motivo de la Aparición de Nuevas Normas Sobre los Derechos de los Pacientes al Final de la Vida. Cuadernos de Bioética [en línea] 2012, XXIII (Enero-Abril). Consultado en: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87524465011>> ISSN 1132-1989. Página: 156

⁹⁸ Las recientes doctrinas principialistas que promulgan el reconocimiento y superioridad de los principios y valores universales sobre las normas, han puesto en crisis un sistema estructurado a partir de la fórmula lógica-jurídica de la norma y su vinculación jerárquica con otras de su especie, fuera del cual nada resultaba válido al no encontrarse legitimado en el sistema.

derechos humanos de mayor importancia, como el derecho a la vida, dignidad, integridad física y libertad, entre otros.

Este principio equiparable al régimen jurídico de la autonomía vital analizado por el jurista Diego Valadez, consiste en “la libertad que tiene toda persona para conocer y decidir acerca de las implicaciones de un tratamiento médico, y para determinar en qué condiciones y hasta cuándo está dispuesta a soportar un padecimiento irremediable, en ocasiones con dolores extremos que, desde su perspectiva afecta su dignidad personal”⁹⁹.

Otras definiciones planteadas a partir del Derecho Comparado definen este principio como “La autonomía del individuo deriva en la posibilidad de diseñar un plan de vida y determinarse según sus características, de tal forma que es al individuo a quien corresponde definir cómo entienden el cuidado de su salud...toda persona es autónoma y libre para elegir y decidir cuál opción seguir, entre las diversas alternativas que se le presentan con relación a aquellos asuntos que le interesan. De acuerdo con esto, la Constitución reconoce que dentro de los límites que ella misma traza, existen diferentes concepciones de bien y de mundo, igualmente válidas, desde las cuales toda persona puede construir legítimamente un proyecto de vida”.¹⁰⁰

Por su parte, el Tribunal Supremo de España reconoce el fundamento de la autonomía del paciente en el principio de libertad para elegir entre diversas opciones vitales que se presenten según sus intereses y preferencias.

En términos de lo antes expuesto, el principio de autonomía del paciente conlleva una obligación por parte de los sistemas sanitarios y de los profesionales de la salud de respetar la voluntad y la decisión del paciente. Lo cual se garantiza por dos vías:

*A) A través de una obligación de respetar una serie de **derechos que se deben observar previo a la toma de la decisión**: derecho a la información, expediente clínico, derecho al diagnóstico, a una segunda opinión, a conocer las alternativas terapéuticas. Estos derechos permiten que cualquiera que sea la decisión del paciente sea una decisión informada.*

*B) Los derechos que generan una **obligación a cargo del sistema de salud de respetar la decisión** del paciente, como pudieren ser la aplicación de los cuidados paliativos, la ortotanasia, las voluntades anticipadas, la eutanasia, el suicidio asistido y la sedación terminal; en suma, aquéllos derechos **que confluyen el derecho a la muerte digna**.*

⁹⁹ VALADEZ Diego. Eutanasia Régimen Jurídico de la Autonomía Vital. Página 90. Consultado en <http://bibliohistorico.juridicas.unam.mx/libros/6/2841/5.pdf>

¹⁰⁰ Corte Constitucional de Colombia. Sentencia T1229/05

La garantía de estos derechos en su conjunto constituyen la vía idónea para empoderar al paciente como persona respetando sus valores, preferencias y prioridades, por lo que los sistemas de salud deberán velar por el cumplimiento de los mismos y es en este escenario en el que se inscribe la presente propuesta de modificación al artículo 14, Apartado F, párrafos 4 y 6 del Proyecto. Con el principal objeto de sistematizar los derechos previstos en ambos numerales y ampliar el ámbito de protección mediante la configuración genérica de dos derechos humanos fundamentales: **a) el principio de autonomía del paciente, y b) el derecho a morir con dignidad**, que si bien engloban el catálogo de derechos previstos en los respectivos párrafos, no se agotan en los mismos.

Así, atendiendo a la teoría constitucional es menester ubicar principios rectores o mandatos optimizadores más que dar una definición minuciosa de derechos. Los derechos fundamentales deben plasmarse como categorías generales, amplias, comprensivas, que se traduzcan en la máxima protección para los individuos y a la postre sean desarrollados por el legislador ordinario. En los numerales, cuya modificación se plantea se observa un catálogo de derechos, más no se especifica el derecho fundamental o principio constitucionalizado que les da base, por lo que su inclusión abonaría para garantizar una mayor protección, permitiendo al legislador ordinario y en su caso al Tribunal Constitucional, ir dotando de contenido a estos derechos conforme la realidad lo vaya requiriendo y de acuerdo a los factores económicos, políticos, sociales y culturales de nuestra Ciudad.

III.- Fundamento Convencional:

De la lectura de la exposición de motivos contenida en el Proyecto de Constitución Política de la Ciudad de México, se desprende que la Carta de Derechos contenida en la misma atiende a diversos criterios, entre los que se encuentran: “1. Ratificar el reconocimiento de los derechos contenidos en la Constitución de la República y en los instrumentos internacionales”; en este sentido, destaca como uno de los principales avances del proyecto constitucional “El reconocimiento de la máxima jerarquía normativa de los derechos humanos, conforme a lo previsto en el artículo 1° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; así como la implementación de los instrumentos internacionales, es decir, su armonización y adopción en el marco normativo de la Ciudad”.

La presente propuesta se inscribe en los fines apuntados en el Proyecto, por lo que se estima que la incorporación en el texto constitucional del principio de autonomía del paciente y del derecho a una muerte digna, abonarían al fortalecimiento y vigencia en sede interna de los derechos configurados en acuerdos internacionales, y en consecuencia ampliarían el Derecho a la Salud previsto por el artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, representando un avance en el reconocimiento y protección de este tipo de derechos.

En efecto los derechos y/o principios cuya inclusión se proponen son contemplados directa o indirectamente en distintos instrumentos internacionales en los que México es parte.

1.- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (En vigor a partir del 3 de enero de 1976.)

El artículo 12 del Pacto en su primer párrafo establece "...el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental", para posteriormente dictar una serie de medidas que deben adoptar los Estados parte para asegurar la plena efectividad del Derecho a la Salud, tales como las siguientes:

"1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

"2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

"a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;

"b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;

"c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;

"d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad".

Posiblemente, este es el artículo más exhaustivo que existe en el ámbito internacional, en tanto no solo refiere el derecho, sino que dicta medidas que deben ser observadas por los Estados parte, para su plena observancia.

2.- Observación general 14 emitida por el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (11 de agosto del año 2000). *Plantea la aplicación del Pacto, refiriéndose al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, observación que de igual forma resulta obligatoria para México y de la que cabe destacar:*

- *El derecho a la salud no debe entenderse como un derecho a estar sano. El derecho a la salud entraña libertades y derechos. **Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud y su cuerpo**, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y **el derecho a no padecer injerencias**, como el derecho a **no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales**. En cambio, entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud¹⁰¹.*
- *El Comité interpreta el derecho a la salud, definido en el párrafo 1 del artículo 12, como un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud*

¹⁰¹ Punto número 7 del capítulo I "Contenido normativo del artículo 12". Observación General número 14(2000), consultada en <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf?view=1>

*oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.*¹⁰²

- *Por su parte, el punto 12, establece las características mínimas que debe cumplir todo sistema de salud en sus distintos niveles: disponibilidad, accesibilidad (no discriminación, accesibilidad física, asequibilidad, acceso a la información), aceptabilidad y calidad.*
- *A partir del punto 14 da una serie de medidas que deben adoptar los Estados, específicamente en el punto 25 hace referencia a las **personas mayores, enfermos crónicos y en fase terminal, refiriendo expresamente el derecho a una muerte digna**. Expresamente establece “ En lo que se refiere al ejercicio del derecho a la salud de las personas mayores, el Comité, conforme a lo dispuesto en los párrafos 34 y 35 de la observación general Nº 6 (1995), reafirma la importancia de un enfoque integrado de la salud que abarque la prevención, la curación y la rehabilitación. Esas medidas deben basarse en reconocimientos periódicos para ambos sexos; medidas de rehabilitación física y psicológica destinadas a mantener la funcionalidad y la autonomía de las personas mayores; y la prestación de atenciones y cuidados a los enfermos crónicos y en fase terminal, ahorrándoles dolores evitables y **permitiéndoles morir con dignidad**”.*

3.- Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos.

Esta Declaración, aprobada por la Conferencia General de la UNESCO el 19 de octubre de 2005, tiene como antecedentes dos recomendaciones emitidas por el Consejo de Europa: i) la de 1976 sobre la dignidad de los enfermos terminales y moribundos, y ii) la de 1999 sobre la asistencia de enfermos terminales.

Contiene criterios orientadores para los estados miembros. “Se subraya la primacía de la persona humana respecto de la cual debería basarse toda decisión o práctica que ingrese al ámbito de la declaración; la persona humana ha de prevalecer sobre el interés de la ciencia o la sociedad, nadie deberá ser sujeto de discriminación o estigmatización por ningún motivo.

*En la Declaración se establecen los **principios de autonomía y responsabilidad de la persona, su consentimiento informado, el respeto a su vida privada y confidencialidad...** también promueve la educación, formación e información en materia de Bioética, y las funciones de los comités,*

¹⁰² Ibidem, punto 11.

tanto internacionales como intergubernamentales, de Bioética. Así mismo, se reiteran las actividades de seguimiento de la UNESCO.¹⁰³

4.- Recomendación del Consejo de Europa 1999.¹⁰⁴

Se cita este documento en tanto constituye la base para la emisión de la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos aprobada por la UNESCO, obligatoria para México.

La citada recomendación parte de la inviolabilidad de la dignidad humana y del “El progreso médico, que hoy hace posible curar enfermedades hasta ahora intratables, el avance de la técnica y el desarrollo de los sistemas de resucitación, que hacen posible prolongar la vida de una persona, retrasan el momento de la muerte¹⁰⁵” Llega a una primera conclusión de que en los diversos sistemas de salud suele olvidarse el derecho a una calidad de vida digna de los enfermos terminales.

Esta recomendación resulta relevante, en tanto da un diagnóstico de los factores que amenazan los derechos fundamentales que derivan de la dignidad del paciente, insta a los Estados miembros a incorporar en su Derecho Interno la protección legal y social contra estas amenazas y la adopción de ciertas medidas necesarias.

En forma general, estos documentos sientan una posición que privilegia derechos como los cuidados paliativos y las decisiones terminales, principalmente enfocadas a la Ortotanasia, todas ellos comprendidos en el Derecho a Morir con Dignidad.

Así las cosas podemos observar que es en el ámbito internacional donde se ubica un mayor desarrollo de los derechos de los pacientes, y mecanismos efectivos para garantizar su aplicación, en este sentido resulta obligado tener en cuenta los parámetros, directrices fijados para incorporarlos al derecho interno. A nivel multilateral, la tendencia observada es a garantizar la dignidad humana, tanto en la vida como en la muerte. En este sentido a partir del derecho internacional se ha configurado un Derecho a Morir con Dignidad que no se agota en las voluntades anticipadas, sino que abarca otros derechos, que no han quedado inscritos en el proyecto de Constitución.

IV. JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA A PARTIR DE LA REALIDAD DE NUESTRO SISTEMA DE SALUD.

¹⁰³ CABRERA Beck Carlos G, “La Bioética en los Tratados Internacionales”, Libro de Estudios de Derecho y Bioética, Tomo 1, Porrúa, México, Pp 3-4

¹⁰⁴ La Asamblea parlamentaria (Estrasburgo) se conforma con los Diputados de los Parlamentos Nacionales de los Países que conforman la Unión Europea. Es un órgano estatutario junto con el Comité de Ministros que se encuentra conformador por las carteras de relaciones exteriores de los Estados.

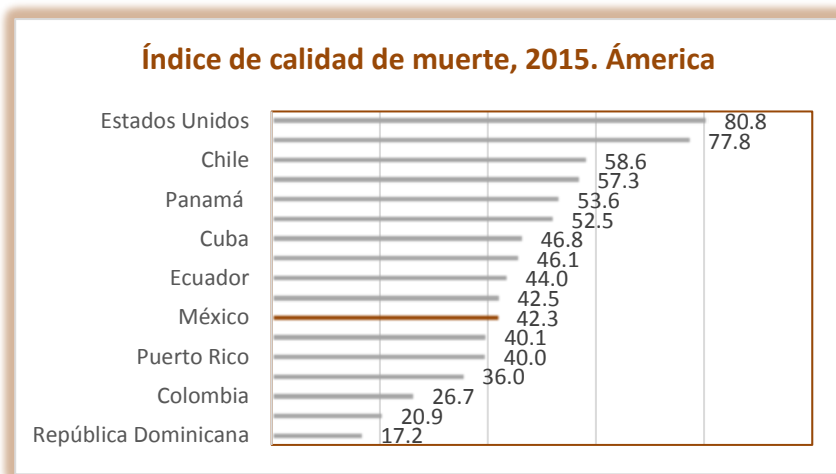
¹⁰⁵ Punto 2 de la Recomendación 1418 para la protección de derechos humanos y la dignidad de los enfermos terminales y moribundos de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa 1999, consultado <http://www.unav.es/cdb/acoerec99-1418.html>

Durante el último siglo en México ha existido un cambio sustancial en la esperanza de vida y en el perfil epidemiológico. Mientras en 1920 la esperanza de vida era de 33 años para hombres y 35 años para mujeres, para el 2015 fue de 72 años para los hombres y 74 mujeres.¹⁰⁶

De igual forma, el perfil epidemiológico ha experimentado un cambio radical. A principios del siglo XX las 10 principales causas de morbilidad eran enfermedades infecciosas como tosferina, viruela, diarrea, fiebre, neumonía, las cuales terminaban con la vida de las personas en poco tiempo. Hoy las principales causas de muerte son las enfermedades crónico degenerativas, entre las que destacan enfermedades isquémicas, diabetes, mieloma, las cuáles merman la salud de los individuos paulatinamente, generando largos períodos de enfermedad y etapas terminales de agonía.

Es en este contexto en el que la protección de los derechos de los pacientes, el respeto irrestricto a su autonomía y el derecho a una muerte que respete su dignidad, se vuelven un bien jurídico a tutelar por parte del Estado.

A nivel mundial, el 60% de los fallecimientos se atribuyen a enfermedades no transmisibles, lo que ha generado que el desarrollo de los derechos de los pacientes hayan tenido un gran auge en los últimos años y los estudios



vinculados con la muerte digna, tomen cada día más importancia, tal es el caso del estudio realizado por la Fundación Lien, una organización filantrópica de Singapur, publicó el Índice de calidad de muerte (Quality of Death Index)¹⁰⁷.

Por lo que se refiere a México, éste se encuentra en el lugar 43 (de 80 países), con una puntuación de 42.3 (el primer lugar obtuvo 93.9 de 100 puntos). El Índice hace un análisis por regiones; en América, se tomaron en cuenta 17 países y México está en el lugar 11.

¹⁰⁶http://www.conapo.gob.mx/work/models/CONAPO/Indicadores_Basicos_1990_2010/Nacional_1990_2010/RepublicaMexicana.xlsx (Consulta: 26 de enero de 2016).

¹⁰⁷<https://www.eiuperspectives.economist.com/sites/default/files/2015%20EIU%20Quality%20of%20Death%20Index%20Oct%2029%20FINAL.pdf>

El primer lugar en el Índice de calidad de muerte lo tiene el Reino Unido, con una calificación de 93.9; lo siguen Australia, con 91.6; Nueva Zelanda, con 87.6; Irlanda, con 85.8; y Bélgica, con 84.5.

En México son varios los factores que han impedido la plena vigencia y eficacia de estos derechos. Desde el punto de vista normativo, estimamos que la desinformación de los pacientes, la falta de una legislación sistematizada, la falta de mecanismos que garanticen la plena exigencia de dichos derechos, han impedido su vigencia y han retardado el cambio que a nivel mundial se ha venido gestando en la relación médico- paciente.

Para ejercer los derechos es necesario conocerlos, entenderlos e interiorizarlos y es aquí donde se abre un enorme campo de oportunidad para empoderar al paciente, hasta el punto de llevarlo a ser el autor central en la toma de decisiones relacionada con su vida.

En efecto, el principio de autonomía del paciente se despliega en una serie de derechos atinentes a la enfermedad, el tratamiento terapéutico, las decisiones terminales (derecho a una muerte digna). La importancia del reconocimiento de estos derechos es fundamental en un sistema protector de la autonomía del paciente y de la dignidad del enfermo.

Derechos vinculados con a la enfermedad.	Consentimiento informado
	Expediente clínico
	Acceso a la atención médica
Derechos vinculados con el tratamiento terapéutico.	Consentimiento informado
	Aceptación o negación al tratamiento
	Segunda opinión.
	Confidencialidad.
Decisiones terminales (Derecho a una muerte digna)	Voluntades o directivas anticipadas.
	Cuidados paliativos.
	Ortotanasia.
	Eutanasia.
	Suicidio asistido.

En México no contamos con un reconocimiento expreso del principio de la autonomía del paciente y del derecho a morir con dignidad. Tampoco contamos con un catálogo normativo que establezca con precisión los derechos de los pacientes. Específicamente en el caso de la Ciudad de México, al tratarse de una materia de carácter concurrente, los derechos atinentes a la autonomía del paciente y al derecho a morir con dignidad se encuentran dispersos en los siguientes ordenamientos: Ley General de Salud,

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, NOM-004,SSA-2012, Ley General de Salud para el Distrito Federal, Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, Código de Conducta del Personal de Salud y Códigos de Bioética para el personal de la Secretaría de Salud, entre otros.

Esta dispersión normativa impide el conocimiento pleno por parte de los pacientes, de los profesionales de la salud y de las autoridades, hasta el punto de volverlos ineficaces. De igual forma, la falta de principios rectores impide llevar a cabo interpretaciones sistemáticas para dar solución al caso concreto atendiendo a las circunstancias específicas. En este sentido, se observa que la Constitución Política de la Ciudad de México pudiera integrar, más que un catálogo de derechos, la concepción genérica de la autonomía del paciente y el derecho a una muerte digna, dejando al legislador ordinario el desarrollo de los mismos.

De igual forma, permitiría sentar la base para que el desarrollo de estos derechos, específicamente en el caso del derecho a morir con dignidad, evolucione conforme al interés de la sociedad. Como ha quedado expuesto, el derecho a morir con dignidad no se agota en las voluntades anticipadas como lo propone el párrafo 6, del Apartado F, del artículo 14 del Proyecto, involucra derechos ya previstos en la legislación, como son los cuidados paliativos, la ortotanasia y seguramente en el futuro se extenderá a otros derechos, conforme evolucione el interés de la sociedad, la consolidación de la relación médico-paciente y los sistemas de Salud. La “Encuesta Nacional sobre muerte digna Por el Derecho a Morir con Dignidad, A.C., México 2016”¹⁰⁸ elaborada a iniciativa de la Asociación Civil Por el Derecho a Morir con Dignidad, por el INSAD¹⁰⁹, muestra un creciente interés y aceptación por parte de la Ciudadanía, específicamente de los habitantes de la Ciudad de México, en figuras tales como eutanasia, suicidio asistido, etc. Para muestra, algunas cifras:

- *El 76.8% de la Población Urbana desconoce la ayuda que existe para las etapas terminales, como pudieran ser los cuidados paliativos y la tanatología. En la Ciudad de México el nivel de desconocimiento es del 42.7%.*
- *El 68.3% de la población estima que, si un paciente se encuentra en fase terminal, tiene el derecho a decidir adelantar su muerte. En la Ciudad de México el porcentaje se eleva al 82.5%.*
- *El 68.3% de la población, estaría de acuerdo con que su médico lo ayude a morir suspendiendo el tratamiento que lo mantiene con vida (ortotanasia).*

¹⁰⁸ Encuesta levantada en 7000 viviendas, divididas en 5 regiones geográficas a una población mayor de 18 años

¹⁰⁹ Investigación en Salud y Demografía, S.C.

- Sobre la posibilidad de que el médico ayude al enfermo terminal a morir mediante el suministro de sustancia letales que éste tome por sí mismo (suicidio asistido), el 56.4% manifestó estar de acuerdo. En la Ciudad de México el porcentaje es más alto, del 71.1%.
- Respecto a la eutanasia, es decir la aplicación directa por parte del médico de la dosis letal, el 62.3% de la población urbana manifestó estar de acuerdo.

La referida encuesta también pone de manifiesto la poca eficacia de las voluntades anticipadas:

- Solo un 19.1% de la población encuestada ha escuchado sobre la Ley de Voluntad Anticipada, aun cuando la Ciudad de México es la que cuenta con mayor nivel de conocimiento (32.3%) de las 5 regiones encuestadas.
- Solo el 4.3% ha otorgado un documento de voluntad anticipada.

De lo anterior se desprende, que la discusión sobre la legalización de los derechos terminales, es un tema que está próximo a presentarse. En la Ciudad de México el 82.5% de los encuestados respondieron estar de acuerdo en que cambien las leyes para permitir que los enfermos terminales puedan concluir su vida si así lo deciden.

En este sentido, aun cuando la propuesta de modificación al Proyecto, **en ninguna forma implica legalizar derechos terminales como el suicidio asistido o la eutanasia**, pretende plantear el derecho genérico a una muerte digna, cuyo ejercicio se adecuará a lo establecido en la legislación ordinaria. Esto permitiría que llegado el momento, la discusión sobre derechos como la eutanasia o el suicidio asistido, ésta se pueda dar a partir del derecho genérico de base constitucional.

IV. COMPETENCIA DE LA ASAMBLEA CONSTITUYENTE PARA INTEGRAR AL TEXTO CONSTITUCIONAL LA PROPUESTA PLANTEADA.

El artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, establece la concurrencia entre la Federación y los Estados en materia de salubridad general, de conformidad con lo dispuesto por la fracción XVI del artículo 73 de la Constitución.¹¹⁰

Con base en lo anterior resulta fundamental acudir al artículo 73 en su fracción XVI, a efecto de determinar las facultades de la Asamblea Constituyente local

¹¹⁰ “**Artículo 4o.**

... Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La Ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución.”

en materia de salud. Así, la fracción el artículo 73 en la referida fracción dispone:

“Artículo 73.- El Congreso tiene facultad:

XVI. Para dictar leyes sobre nacionalidad, condición jurídica de los extranjeros, ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y salubridad general de la República.”

Es de destacarse que a la luz del nuevo texto del artículo 122 constitucional, la Ciudad de México asumirá la competencia en materia de salud que se desprende de las previsiones del artículo 4º constitucional, así como de lo dispuesto por el artículo 124 de la propia Ley Fundamental en materia de facultades residuales para las entidades federativas. La materia de salud es, desde luego de competencia concurrente entre la Federación y las entidades federativas, correspondiéndole a éstas el desarrollo de la normatividad local en términos de la distribución de competencias que le corresponde al Congreso de la Unión al ejercer la atribución de expedir la Ley General de Salud.

Lo expuesto, nos permite concluir que esta H. Asamblea Constituyente cuenta con facultad para legislar en materia de salud, como lo es el tema del derecho a la salud, dentro del que se ubican el derecho al respeto a la autonomía del paciente y el derecho a morir con dignidad.

Por su parte, la Ley General de Salud establece expresamente en sus artículos 3 y 13, la distribución de competencias entre la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, señalando en su apartado B. que corresponden a los gobiernos de las entidades federativas, en materia de salubridad general, entre otras cosas, la siguiente:

Organizar, operar, supervisar y evaluar la prestación de servicios de salubridad general relativa a la atención médica preferentemente en beneficio de grupos vulnerables (enfermos terminales); y la prevención y control de enfermedades no transmisibles y accidentales.

En este sentido se reivindica la función de una Constitución local en tratándose de materias concurrentes, como es la materia de salud y se indica que la legislación general, en este caso la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y la Ley General de Salud, no buscan agotar la regulación en la materia, sino que son una plataforma desde la cual las entidades federativas pueden darse sus propias normas a partir del reconocimiento de su propia realidad social.

Como se puede observar, la propuesta hecha por la Asociación Civil Por el Derecho a Morir con Dignidad, en ninguna forma contraviene la legislación federal vigente, sino que busca fortalecer el Derecho a la Salud en la Ciudad de México mediante la incorporación de principios y derechos de base

convencional, con el objeto de introducir a la Constitución Política de la Ciudad principios y derechos rectores, que a la postre sirvan al legislador ordinario para la emisión de una legislación sistematizada que contemple principios rectores, derechos, obligaciones, competencias que coadyuven al conocimiento y eficacia plena de estos derechos en aras del debido acceso a la salud.

IV. ANÁLISIS AL PROYECTO.

Por lo que hace al párrafo 4. del Apartado F, del artículo 14, estimamos que el mismo se limita a dar una carta de derechos del paciente, sin mencionar el derecho fundamental o principio constitucionalizado del que derivan todos éstos, como lo es la dignidad y autonomía del paciente. Estimamos que la adición del derecho base, amplía el ámbito de protección y servirá como parámetro final de interpretación pro homine.

Por lo que hace al párrafo 6. del Apartado F, del artículo 14, estimamos que el mismo:

- *Al exigir como requisito la capacidad de ejercicio, excluye del ejercicio de estos derechos a las personas incapaces, lo cual resulta poco entendible si tenemos en cuenta que muchos enfermos terminales se encuentran incapacitados por una causa de nacimiento o bien debido a una enfermedad que lo incapacita. La redacción del artículo impide a cualquier incapaz ejercer este derecho fundamental.*
- *La redacción del artículo, impediría al legislador secundario facultar a los representantes legales o familiares cercanos a tomar una decisión sobre algún enfermo terminal que carezca de capacidad de ejercicio.*
- *Limita el derecho a morir con dignidad al rechazo al tratamiento, cuando en el ámbito internacional, en este derecho confluyen otros varios, como pueden ser los cuidados paliativos, la ortotanasia, la sedación terminal.*
- *Hace la descripción de la situación de facto tutelada, mas no del derecho expreso a una muerte digna, que se configura como base de todos los demás derechos terminales.*

IV. PROPUESTA DE REDACCIÓN.

Con el principal objetivo de:

- i) *Incorporar al proyecto categorías genéricas configuradas a partir del derecho convencional,*
- ii) *Evidenciar la importancia del principio de autonomía del paciente como eje rector de los derechos vinculados a la enfermedad, al tratamiento terapéutico y a las decisiones terminales,*
- iii) *Establecer la base constitucional a partir de la que se pueda sistematizar un ordenamiento que integre la totalidad de los derechos del paciente, definiendo*

- con precisión derechos, obligaciones, competencias, responsabilidades, principios de interpretación, mecanismos de defensa, responsabilidades, y
- iv) *Elevar a rango constitucional el derecho a morir en un contexto de respeto a la dignidad humana, se propone la siguiente modificación al Proyecto de Constitución:*

Primero.- *Se modifica el párrafo 4 del Apartado F del artículo 14, para quedar como sigue:*

“4. Los servicios de salud respetarán la dignidad humana y la autonomía del paciente; estas premisas orientarán su prestación, por lo que en todo momento tutelarán las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por aquél durante el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, garantizándose el derecho a un trato digno, una atención médica oportuna y eficaz, el consentimiento previo e informado, el derecho a decidir libremente la aceptación o rechazo del tratamiento, el derecho al diagnóstico, a las alternativas de tratamiento y a una segunda opinión.

Segundo.- *Se modifica el párrafo 6 del Apartado F del artículo 14, para quedar como sigue:*

“6. De igual forma se respetará y garantizará el derecho a morir en un contexto de respeto a la dignidad humana, mediante el pleno acceso a tratamientos paliativos, el rechazo al tratamiento u otras formas que impidan la prolongación innecesaria de la vida, cuando por razones médicas, fortuitas o de causa mayor sea, imposible mantener la vida de manera natural o exista una condición de salud o sufrimiento que atente contra la dignidad humana. Para ello se estará a lo que disponga la ley.”

Dado lo anteriormente citado, se observa que se proponen cambios relativos a los derechos de los pacientes, no así en cuanto a las decisiones terminales de los mismos (muerte digna), y, aunque se hace mención al deseo de la Asociación, respecto a que más adelante, una vez establecidos los derechos de los pacientes en un rango constitucional, se pueda tomar en cuenta la realización de reformas legislativas que permitan la eutanasia y suicidio asistido, el punto central de la propuesta no es tal.

4.2 La Constitución de la Ciudad de México, el artículo 11 Apartado A y la Muerte Digna

En enero de 2017, se aprobó en lo general el artículo 11 de la Constitución de la Ciudad de México, con una votación de ochenta y tres a favor, tres en contra y tres abstenciones.

En la discusión en lo particular se aprobó una reserva donde se con templa el derecho a una muerte digna. En dicha reserva al artículo 11, Apartado A, el constituyente Jesús Ortega, perteneciente al Partido de la Revolución

Democrática, propuso añadir al dictamen de la Comisión de la Carta de Derechos la cual es citada a continuación:

“Toda persona tiene derecho a la autodeterminación y al libre desarrollo de una personalidad. 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”.

Esta reserva fue aprobada por 56 votos en favor, 27 en contra y una abstención.¹¹¹

En conclusión, el artículo 11 de la Constitución de la Ciudad de México, quedó en el apartado A, referido al tema que ocupa la presente investigación, de la siguiente forma:

“Artículo 11

Ciudad de libertades y derechos

A. Derecho a la autodeterminación personal

Toda persona tiene derecho a la autodeterminación y al libre desarrollo de una personalidad.

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. (...)”

Si bien, es un gran avance en materia de derechos humanos el contemplar la muerte digna en un rango constitucional, el texto es confuso al mencionar que el derecho a una muerte digna es “implícito” dentro del derecho a una vida digna, pues, aún cuando existen ordenamientos totalmente explícitos o que podrían parecer enteramente claros, al llegar un caso a la Suprema Corte de Justicia de la Nación o a un Juzgado de Distrito (en el caso del control concentrado), o ante un juzgado de cualquier instancia (control desconcentrado), las autoridades están obligadas a interpretar lo que el legislador quiso decir en su redacción.

La presente investigación considera oscura la manera en la que fue redactado el artículo 11, apartado A., pues es necesaria la interpretación jurídica para saber qué implica la vida digna, sus alcances, y posteriormente qué implica la muerte digna, si bien es cierto que una implica la otra, para las autoridades no necesariamente conlleva la legalización de la eutanasia o el suicidio asistido.

¹¹¹ Ramírez Hernández, Arturo. “Aprueban Art. 11 de la CDMX”. Siete veinticuatro [en línea]. México, 5 de enero de 2017. Disponible en: <http://www.siete24.mx/aprueban-art-11-la-constitucion-la-cdmx/>

Por lo anteriormente expuesto se elaboran a continuación las siguientes conclusiones y propuesta de la investigación.

CONCLUSIONES

- A. En México es necesario promover la cultura de las decisiones hacia el final de la vida, para lo cual se requiere, antes que nada, que la población en general se abra al debate y deje de lado el tabú que el tema de la muerte implica socialmente.
- B. Aunque existen grandes avances en materia de cuidados paliativos en el país, resulta menesteroso cumplir con lo dispuesto en el Acuerdo por el que el Consejo de Salubridad General declara la Obligatoriedad de los Esquemas de manejo Integral de Cuidados Paliativos, así como los procesos señalados en la Guía de Manejo Integral de Cuidados Paliativos, de fecha 26 de diciembre de 2014 y generar en la población la concientización de la importancia de estos.
- C. Por lo señalado en el punto anterior, se requiere que todas las clínicas a nivel nacional cuenten con especialistas en materia de manejo del dolor, así como una red de expertos en apoyo y acompañamiento del enfermo y su familia al final de su vida; es decir, tanatólogos, psicólogos, psiquiatras y personas que apoyen espiritualmente en caso de que así se requiera.
- D. El Estado tiene la obligación de dar a conocer a la población en general la Ley de Voluntad Anticipada, así como su Documento, pues como se desprende de los datos obtenidos de la encuesta Nacional por el Derecho a una Muerte Digna 2016, es mínimo el conocimiento que la ciudadanía tiene al respecto, en especial las zonas rurales o de escasos recursos del país.

De esta manera, podrá discutirse más abiertamente el tema de la eutanasia o el suicidio asistido, valorando con mayor apertura los pros y contras que su legalización conlleva.

- E. Se debe llevar a cabo un Registro Nacional de Documentos de Voluntad Anticipada. Si bien la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal expresa que es facultad de la Coordinación Especializada *“Recibir, archivar y resguardar los Documentos y Formatos a los que se refiere la presente Ley”*¹¹², no existe un sistema que funcione a lo largo del país, en el que los

¹¹² Artículo 29 de la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal.

médicos puedan conocer si un paciente cuenta con el Documento de Voluntad Anticipada para así respetar los deseos del paciente y limitar el esfuerzo terapéutico.

- F. Deben establecerse por Ley mecanismos para la solución de controversias en caso de Documentos de Voluntad Anticipada.
- G. Es necesario legislar en materia de eutanasia y suicidio asistido. Si bien es cierto que los avances en las opciones al final de la vida han sido de ayuda, no son suficientes para proporcionar a los mexicanos una muerte con dignidad. Este derecho humano, como el resto de ellos, es indivisible, por lo que es necesario abrir la opción de la eutanasia y el suicidio asistido para las personas que así decidan terminar su vida y al mismo tiempo, no descuidar los avances en materia de voluntades anticipadas y cuidados paliativos.
- H. La Encuesta Nacional Sobre Muerte Digna 2016 arrojó datos importantes, entre ellos se destaca la aprobación que la población de la Ciudad de México da a estas prácticas, lo que podría dar una oportunidad para ser parteaguas en la legalización de la eutanasia y el suicidio asistido en otros estados, tal como en 2008 sucedió con la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal, y que, como resultado, al día de hoy existen 16 estados de la República Mexicana con Leyes y Reglamentos que regulan este documento, así como iniciativas pendientes a resolverse en 10 estados.
- I. Parte de la misma encuesta nos muestra que las zonas más desinformadas son el sur y sureste del país, donde el nivel educativo y socio económico de la población es menor comparado con otras regiones, por lo que es necesario que el Estado aplique políticas sociales que ayuden a mejorar las condiciones de vida en estas entidades y de esa forma pueda mejorar la calidad de vida no únicamente durante su transcurso, sino en sus últimos momentos también.
- J. Ante los resultados porcentuales más cerrados al momento de tener que decidir por el paciente en caso de hallarse éste inconsciente, se muestra la importancia de que la ciudadanía mexicana conozca la Ley de Voluntad Anticipada y el Documento, para así evitar controversias y hacer valer el derecho a decidir sobre el propio cuerpo en caso de no encontrarse en condiciones de poder expresar la voluntad.

- K. La redacción que creó el Constituyente de la Ciudad de México en enero del presente año, no explica cabalmente lo que implica una vida digna, ni una muerte digna, por ello, es necesario esperar la interpretación constitucional que deberán llevar a cabo las autoridades para conocer los alcances de estos dos conceptos.
- L. Dada la redacción establecida en la Constitución de la Ciudad de México, forzosamente debe regularse la eutanasia y el suicidio asistido, pues son parte de un derecho humano indivisible ya contemplado en ella.
- M. Es necesaria la creación de una Ley secundaria que regule el artículo 11 apartado A, donde se especifiquen términos, procedimientos, principios base que regirán la ley y alcances de la vida y muerte con dignidad.

PROPUESTA DE LA INVESTIGACIÓN

Como ya se revisó a lo largo de la presente investigación, las eutanasia y el suicidio asistido (médicamente o no) han sido llevadas a cabo a través de la historia de la humanidad, si bien por sucesos históricos aberrantes han pasado a ser actividades prohibidas e ilícitas, es evidente que la ciudadanía con el paso del tiempo y el avance de la tecnología ha visto menoscabados sus derechos como pacientes, como enfermos terminales, pero más importante aún, como seres humanos con inherente dignidad.

La tecnología ha ayudado en gran medida a otorgar al individuo una mayor cantidad de vida, pero no ha ido a la par el avance en la calidad de la misma. Ante ello, es necesario legislar y reformar las leyes existentes para adaptarlas a una realidad nueva: la mayor parte de la población mexicana está a favor de las prácticas que forman parte de la muerte digna.

Es deber de los legisladores tomar en cuenta la opinión pública y hacer de ella normas jurídicas que regulen la nueva realidad social. Una muestra de esto es la inclusión del contenido del artículo 11 apartado A de la recién creada Constitución de la Ciudad de México.

Así pues, como se ha mencionado con anterioridad, el texto contiene el derecho a una vida digna y a una muerte igual, mas no es claro al mencionar qué implican tales conceptos; ahora bien, las autoridades tienen la obligación dentro del ámbito de sus competencias de interpretar las leyes y que los ciudadanos tengan certeza y seguridad jurídica respecto a lo que implica cada ordenamiento.

La propuesta de esta investigación consiste en crear una Ley Secundaria que reglamente y protocolé el Artículo 11 Apartado A de la Constitución de la Ciudad de México, la cual deberá normar los siguientes puntos:

- a) Definir una serie de conceptos relacionados con la muerte digna, como la ortotanasia (mencionada en la Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal), eutanasia, suicidio asistido, cuidados paliativos, muerte digna, vida digna, voluntad anticipada, distanasia, etc. Con el fin de aclarar en la mayor medida posible los términos incluidos en la Ley, en un lenguaje amigable y claro para la población en general, evitando utilizar tecnicismos.
- b) Señalar qué prácticas están prohibidas y no deben confundirse con muerte digna, como la distanasia.

- c) Ordenar la creación de unidades médicas especializadas en materia de muerte digna dentro de los centros de salud, tanto pública como privada.
- d) Capacitar y sensibilizar a jueces, médicos, personal sanitario y población en general sobre dicha ley y sus alcances.
- e) Crear un Comité Especializado en la materia, formado por médicos, especialistas en derecho, psicólogos y paliativistas que en el momento de una solicitud por parte de un paciente, puedan analizar la situación y tomar la mejor decisión para el enfermo.
- f) Contemplar que la muerte con dignidad no debe limitarse únicamente a pacientes con enfermedades terminales; debe ser accesible para pacientes con cualquier padecimiento físico o mental cuya posibilidad de mejoría sea imposible, esto incluye el caso de los pacientes con enfermedades mentales que, como en el caso de Holanda, pueden ser asistidos en la eutanasia o el suicidio si un comité de expertos declara la imposibilidad de mejoría.

Asimismo, la ley reglamentaria del Artículo 11 apartado A debe basarse en los siguientes principios:

1. Autonomía del paciente: Trae consigo la obligación que tienen los sistemas sanitarios tanto públicos como privados de respetar la decisión que el paciente tome respecto a qué medidas médicas/sanitarias desea recibir, afecten o no la expectativa de vida que se tiene diagnosticada.
2. Consentimiento informado: El paciente deberá de aceptar con capacidad plena, con la información que satisfaga totalmente sus dudas y sin coerción de ningún tipo el tratamiento o la negación al mismo.
3. Respeto a la vida privada y confidencialidad: En todo acto médico existe la participación de múltiples personas que tienen acceso a datos sensibles o privados del paciente y sus familiares, estos datos deben guardarse y no ser en ninguna circunstancia expuestos.
4. Acceso a una segunda opinión médica: Todo paciente debe poder acudir con su diagnóstico antes una segunda opinión médica, el médico tratante debe facilitar todos los datos e información necesaria

para que éste pueda obtener, en segundo término, el mejor diagnóstico que afirme, nutra o corrija el primero.

5. Objeción de conciencia: Es un derecho humano que consiste en poder oponerse a determinada acción que conlleva un deber o mandato, puesto que supone una contradicción con las normas religiosas, morales o éticas de una persona. Existe en la Ley de Voluntad Anticipada y asimismo deberá respetarse en la aplicación de la ley que reglamente el Artículo 11, apartado A, para todo el personal sanitario involucrado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez Carolina, Evelyn. *Muerte Digna. Aspectos Médicos, Bioéticos y Jurídicos*, Instituto Universitario de Ciencias de la Salud, Fundación H.A. Barceló, Buenos Aires, 2014. 70 páginas.
2. Álvarez del Río, Asunción. *Práctica y ética de la eutanasia*. Fondo de Cultura Económica México, primera edición. México, 2005. 271 páginas.
3. Bacon, Francis. *El avance del saber*, Alianza Editorial. Madrid, 1988. 232 páginas.
4. Behar, Daniel. *Cuando la vida ya no es vida ¿eutanasia?*, Editorial Pax México, primera edición, México, 2007. 158 páginas.
5. Colegio de Bioética y el Foro Consultivo, Científico y Tecnológico. *Eutanasia: hacia una muerte digna*. México, julio de 2008, 116 páginas.
6. *Diccionario Enciclopédico Espasa*, novena edición. Editorial Espasa, Madrid, 1985, 894 páginas.
7. Fritz, Eduardo. *Derecho a Morir Dignamente 2015*. Universidad Médica, Bogotá, abril-junio 2015. 203 páginas.
8. Häring, B., *Moral y medicina*. Editorial PS tercera edición, Madrid, 1977. 216 páginas.
9. Jaramillo Antillón, Juan. *Historia y filosofía de la medicina*, Universidad de Costa Rica, San José, 2004. 401 páginas.
10. Keown, John. *La Eutanasia Examinada. Perspectivas éticas, clínicas y legales*. Fondo de Cultura Económica, primera edición, México, 2004. 447 páginas.
11. Humphry, Derek. *Final Exit. The Practicalities of Self-Deliverance and Assisted Suicide for the Dying*. The Random House Publishing Group, tercera edición, Estados Unidos de Norteamérica, 2010. 220 páginas.

12. Humphry, Derek. *Jean Murió a su Manera*. Ed. Norris Lane Press/ERGO. Estados Unidos de Norteamérica, 2007, 170 páginas.
13. Humphry, Derek y Wicket, Ann. *El derecho a morir: comprendiendo la eutanasia*. Editorial Tusquets, primera edición. Madrid, 2005. 434 páginas.
14. Kraus, Arnoldo y Álvarez del Río, Asunción. *La Eutanasia*. Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, México, 1998. 63 páginas.
15. Núñez Paz, Miguel Ángel. *La Buena Muerte*. Editorial Tecnos, Madrid, España. 2006. 296 páginas.
16. Por el Derecho a Morir con Dignidad A.C. *Informe de Resultados del estudio de opinión sobre el derecho a morir con dignidad*. Investigación en Salud y Demografía Insad S.C. México, 2015. 59 páginas.
17. Por el Derecho a Morir con Dignidad A.C. *Informe del estudio de opinión de los médicos sobre el derecho a morir con dignidad*. Investigación en Salud y Demografía Insad S.C. México, 2015. 49 páginas.
18. Singer, Peter. *Repensar la vida y la muerte. El derrumbe de nuestra ética tradicional*. Editorial Paidós, España, 1997. 255 páginas.
19. Singer, Peter. *Ética Práctica*. Ediciones Akal, Madrid, 2009. 393 páginas.
20. Valera Pérez, Víctor Manuel. *Eutanasia ¿Piedad? ¿Delito?*, Editorial Noriega, México, 2003. 326 páginas.

EBOOKS

1. Aly, Götz. *Los que sobran*. Historia de la eutanasia social en la Alemania Nazi 1939-1945. Editorial Planeta, Madrid, febrero de 2014.
2. Rodríguez, Pepe. *Morir es nada*. Ediciones B, Barcelona, 2002. 288 páginas.

LEYES

1. Declaración de Lisboa de la Asociación Mundial de Medicina sobre los Derechos de los Pacientes.
2. Código Penal Federal.
3. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.
4. Ley de la Terminación de la Vida a Petición Propia y del Auxilio del Suicidio.
5. Ley de Voluntad Anticipada para el Distrito Federal.
6. Ley General de Salud.

JURISPRUDENCIA NACIONAL E INTERNACIONAL

1. “Suicidio. Homicidio Calificado.” *Semanario Judicial de la Federación*, Sexta Época, registro 263816, Primera Sala, Segunda Parte, XIV, página 219, tesis aislada.
2. “Sentencia C-239/97”. Corte Constitucional de Colombia, 20 de mayo de 1998.
3. “Recomendación 1418/1999 Sobre la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad Humana en las Enfermedades Terminales y en los Moribundos.” Consejo de Europa, 24ª Sesión, 25 de junio de 1999.

PERIÓDICOS FÍSICOS Y EN LÍNEA

1. Aranda, Jesús. “Revisará la SCJN inconstitucionalidad del derecho a la vida desde la concepción”, Periódico La Jornada, México, 30 de septiembre de 2016, página 43.
2. Cuenca, Alberto. “Así quedó aprobado en lo general y en lo particular el artículo 11 de la Constitución CDMX”, Capital CDMX [en línea], México, 04 de enero de 2017. Disponible en: <http://capital-cdmx.org/nota-Asi-queda->

aprobado-en-lo-general-y-en-lo-particular-el-articulo-11-de-la-Constitucion-CDMX20174140.

3. García, Carolina. “*Vermont Legaliza el Suicidio Asistido*”. Periódico El País [en línea]. 22 de mayo de 2013. Disponible en: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2013/05/22/actualidad/1369250838_710238.html
4. Grau, Anna. “*Legalizan el Suicidio Asistido en el estado de Washington*”. Periódico ABC [en línea]. 05 de marzo de 2009. Disponible en: http://www.abc.es/hemeroteca/historico-05-03-2009/abc/Internacional/legalizan-el-suicidio-asistido-en-el-estado-de-washington_913571327249.html
5. Montalvo, L. Tania, “*El número de católicos en México va a la baja; aumentan los ateos y de otras religiones*”, Animal Político [en línea]. 13 de febrero de 2016. Disponible en: <http://www.animalpolitico.com/2016/02/el-numero-de-catolicos-en-mexico-va-a-la-baja-aumentan-los-ateos-y-de-otras-religiones/>
6. Rachidi, Imane. “*La eutanasia se populariza en Holanda: los suicidios asistidos se triplican en una década*”, Periódico El Confidencial [en línea], jueves, 26 de mayo de 2016. Disponible en: http://www.elconfidencial.com/mundo/2016-05-26/eutanasia-holanda-numero-suicidios-asistidos-triple_1205437/
7. Ramírez Hernández, Arturo. “*Aprueban Art. 11 de la CDMX*”, Siete veinticuatro [en línea]. México, 5 de enero de 2017. Disponible en: <http://www.siete24.mx/aprueban-art-11-la-constitucion-la-cdmx/>
8. Redacción. “*Canadá anuncia ley de suicidio asistido*”. Periódico El Financiero [en línea]. 14 de abril de 2016. Disponible en: <http://www.elfinanciero.com.mx/mundo/canada-presenta-ley-de-suicidio-asistido.html>
9. Redacción. “*Ovidio González se convierte en la primera persona sometida a eutanasia en Colombia*”. BBC Mundo [en línea]. 3 de julio de 2015. Disponible en: http://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/07/150703_eutanasia_ovidio_gonzalez_colombia_cch
10. Sarabia, Dalia. “*Optan más las mujeres por voluntad anticipada*”, Periódico Reforma, martes, 19 de julio de 2016, página 54.

11. S/A. "El suicidio asistido de Jeffrey Spector, un enfermo de cáncer, reavivó el debate por la eutanasia en Gran Bretaña", Periódico La Nación [en línea]. 26 de mayo de 2015. Disponible en: <http://www.lanacion.com.ar/1795986-el-suicidio-asistido-de-jeffrey-spector-un-enfermo-de-cancer-reavivo-el-debate-por-la-eutanasia-en-gran-bretana>
12. S/A. *El Congreso de Veracruz aprueba reforma antiaborto propuesta por Javier Duarte*. Animal Político [en línea], 28 de julio de 2016. Disponible en: <http://www.animalpolitico.com/2016/07/congreso-veracruz-aprueba-otra-vez-reforma-antiaborto-propuesta-javier-duarte/>
13. S/A. "La eutanasia está lejos de ser legal en el Reino Unido". Periódico El Telégrafo [en línea]. 24 de agosto de 2013. Disponible en: <http://tinyurl.com/hkhfc7d>
14. S/A. "Reportan primer suicidio asistido de un menor de edad en Bélgica." Periódico La Jornada, domingo, 18 de septiembre de 2016, página 31.

RECURSOS ELECTRÓNICOS

1. Álvarez del Río, Asunción. *Eutanasia y Suicidio Médicamente Asistido. ¿Cuál es el Problema?* [en línea]. UNAM. México, 2013. Disponible en: http://investigacionfacmed.com.mx/wp-content/uploads/2015/04/Eutanasia-y-suicidio-m%C3%A9dicamente-asistido-%C2%BFcu%C3%A1l-es-el-problema_.pdf. 6 páginas.
2. Compassion and Choices. *California End Of Life Option Act To Take Effect* [en línea]. Disponible en: <https://www.compassionandchoices.org/california-end-of-life-option-act-to-take-effect-tomorrow/>.
3. Compassion and Choices. *The Seven Principles for Patient-Centered End-of-Life Care*. [en línea], formato PDF. Disponible en <https://www.compassionandchoices.org/wp-content/uploads/2016/04/SevenPrinciples.pdf>, 4 páginas.
4. Coombs Lee, Barbara. *Compassion & Choices President Barbara Coombs Lee's Statement on Canada Euthanasia Law*. [en línea] Denver, CO. 2016. Disponible en: <https://www.compassionandchoices.org/compassion-choices-pres-barbara-coombs-lees-statement-on-canada-euthanasia-law/>
5. De Aquino, Santo Tomás, *Suma Teológica* [en línea], Editorial Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid, 1990. Disponible en: <http://biblioteca.campusdominicano.org/3.pdf>, 630 páginas.

6. Hitler, Adolf. *Mi Lucha*, [en línea]. Disponible en: <http://derstuermer.org/spanish/Adolf%20Hitler-Mi%20Lucha.pdf>, 415 páginas.
7. Institut San Borja de Bioética. *Hacia una posible despenalización de la eutanasia* [en línea]. España, 2005. Disponible en: http://www.ibbioetica.org/eutanasia/euta_cast.pdf. 9 páginas.
8. Juan Pablo II, *Evangelium Vitae* [en línea]. Disponible en: http://w2.vatican.va/content/john-paul-ii/es/encyclicals/documents/hf_jp-ii_enc_25031995_evangelium-vitae.html
9. Moro, Tomás. *Utopía*, [en línea], formato PDF. Disponible en <http://www.biblioteca.org.ar/libros/300883.pdf>, 77 páginas.
10. Platón. *La República o el Estado, Tercer Libro*. [en línea], Editorial Garnier Hermanos, Paris. Disponible en: <http://biblio.juridicas.unam.mx/libros/4/1564/4.pdf>, 76 páginas.
11. Real Academia Española, eutanasia, en Diccionario de la Lengua Española edición del Tricentenario [en línea]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=H7n2IXw>.
12. S/A. *El Tribunal Supremo de Montana Confirma la Legalidad del Suicidio Asistido* [en línea]. 01 de enero de 2010. Disponible en: <http://m.ultimahora.com/el-tribunal-supremo-montana-confirma-la-legalidad-del-suicidio-asistido-n286919.html>.
13. Valadés, Diego, Eutanasia. Régimen Jurídico de la Autonomía Vital [en línea]. Disponible <http://bibliohistorico.juridicas.unam.mx/libros/6/2841/5.pdf>, 170 páginas.

REVISTAS ELECTRÓNICAS

1. Kraus, A. Eutanasia, reflexión obligada. *La Revista de Investigación Clínica*. Vol. 47, número 2. [en línea] Disponible en: <http://investigacionfacmed.com.mx/wp-content/uploads/2015/04/EUTANASIA-REFLEXION-OBLIGADA.pdf>